

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

N^o 503

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

M^{me} Marthe BÉDU-LORIOT

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

NÉE A PARIS LE 12 Mai 1896

**Action Thérapeutique de l'Emétine
dans les Abscesses pulmonaires
non Amibiens**

PRÉSIDENT:

M. ANDRÉ LEMIERRE, *Professeur*

PARIS

IMPRIMERIE N. L. DANZIG

26, Rue des Francs-Bourgeois

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

M^{me} Marthe BÉDU-LORiot

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

NÉE A PARIS LE 12 Mai 1896

**Action Thérapeutique de l'Emétine
dans les Abscesses pulmonaires
non Amibiens**

PRÉSIDENT:

M. ANDRÉ LEMIERRE, *Professeur*

PARIS

IMPRIMERIE N. L. DANZIG

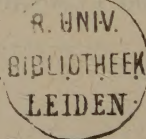
26, Rue des Francs-Bourgeois

—
1929

I.— PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNEO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	BAUDOUIN
Pathologie médicale	CLERC
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	LOEPER
Hygiène et Médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Clinique médicale	CARNOT
	BEZANÇON
	ACHARD
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DEL BET
	HARTMANN
	LEJARS
Clinique ophtalmologique	GOSSET
Clinique urologique	TERRIEN
	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
	JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Neurologie et Psychiâtrie.	ALAJOUANINE
Pathologie médicale	AUBERTIN
Pathologie médicale	BÉNARD (Henri)
Physiologie	BINET
Chimie biologique.	BLANCHETIÈRE
Pathologie chirurgicale.	BROCQ
Pathologie médicale	BRULÉ
Pathologie chirurgicale.	CADENAT
Pathologie médicale	CATHALA
Pathologie médicale	CHABROL
Pathologie médicale	CHEVALLIER
Pathologie chirurgicale.	DE GAUDART D'ALLAINES
Physique.	DOGNON
Pathologie médicale	DONZELOT
Obstétrique.	ÉCALLE
Urologie	FEY
Pathologie expérimentale	GARNIER
Bactériologie	GASTINEL
Pathologie chirurgicale	GATELLIER
Histologie	GIROUD
Pathologie médicale	HARVIER
Anatomie.	HOVELACQUE
Pathologie médicale	HUTINEL
Hygiène	JOANNON
Parasitologie	JOYEUX
Chimie biologique.	LABBÉ (Henri)
Pathologie médicale	LAROCHE (Guy)
Oto-rhino-laryngologie.	LEMAITRE
Anatomie pathologique.	LEROUX
Pathologie chirurgicale.	LEVEUF
Pathologie médicale	LIAN
Pharmacologie.	MERCIER (Fernand)
Pathologie chirurgicale.	MONDOR
Pathologie médicale	MOREAU
Pathologie chirurgicale.	MOULONGUET
Pathologie chirurgicale.	MOURE
Histologie	MULON
Anatomie pathologique	OBERLING
Anatomie.	OLIVIER
Médecine légale.	PIÉDELÈVRE
Obstétrique.	PORTES
Pathologie chirurgicale.	QUÉNU
Physiologie.	RICHET
Dermatologie et syphiligraphie	SÉZARY
Pathologie médicale	VALLERY-RADOT (Pasteur)
Obstétrique.	VAUDESCAL
Ophthalmologie.	VELTER
Histologie.	VERNE
Obstétrique.	VIGNES

III.— AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens.

	MM.
Pharmacologie	BUSQUET
Obstétrique	GUÉNIOT
Obstétrique	LEQUEUX
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE
Histologie	RETTERER
Physique	ZIMMERN

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS de COURS de CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Clinique chirurgicale	ALGLAVE
Clinique chirurgicale	AUVRAY
Clinique chirurgicale	CHEVASSU
Clinique médicale	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique obstétricale	LE LORIER
Clinique médicale	LÉRI
Clinique chirurgicale	MOCQUOT
Clinique chirurgicale	PROUST
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ

V.— CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.	MAUCLAIRE professeur sans chaire
Stomatologie	FREY
Education physique	CHAILLEY-BERT
Radiologie clinique.	LEDoux-LEBARD
Puériculture	WEIL-HALLÉ

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE ET DE MON PÈRE

A MON MARI

AUX MIENS ET A MES AMIS

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

STAGE

Professeur HARTMANN
Professeur WIDAL, *in Memoriam*
Docteur LOUIS RAMOND
Docteur O. MACÉ
Docteur CHIRIÉ

EXTERNAT

Docteur SAUVÉ
Docteur P. E. WEIL
Docteur O. CROUZON
Professeur LEREBoullet
Professeur-Agrégé JEAN CATHALA
Professeur-Agrégé BRULÉ
Docteur MOUQUIN

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Docteur BRULÉ

Professeur-Agrégé à la Faculté

*qui a bien voulu nous guider dans
la rédaction de cette thèse et dont les
conseils nous furent si précieux.
Nous sommes heureux de lui
exprimer ici notre très respectueuse
gratitude.*

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur LEMIERRE

Professeur de Bactériologie

*qui nous a fait le très grand honneur
de bien vouloir accepter la Présidence
de cette thèse.*

ACTION THÉRAPEUTIQUE de l'ÉMÉTINE DANS LES ABCÈS PULMONAIRES NON AMIBIENS.

I.

PRÉAMBULE

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de notre Maître M. le Docteur BRULÉ, Professeur agrégé à la Faculté, deux cas d'abcès pulmonaires non amibiens rapidement améliorés par le traitement émétinien.

Nous basant également sur un certain nombre d'observations publiées au cours de ces dernières années, dans lesquelles l'origine amibienne des abcès n'était pas démontrée, nous avons pu remarquer l'efficacité de ce médicament dans les suppurations pulmonaires.

S'il ne nous est pas possible de donner une explication précise du mécanisme de cette action, et si nous sommes, à l'heure actuelle, réduits à des hypothèses, du moins pouvons-nous affirmer que nous trouvons là une médication simple et d'une réelle efficacité.

Nous remercions M. le Professeur LEMIERRE d'avoir bien voulu accepter la présidence de cette thèse, et nous exprimons toute notre gratitude à M. le Docteur BRULÉ qui a bien voulu nous inspirer le sujet de cette étude.

II.

INTRODUCTION

Il est à peine besoin d'insister sur l'intérêt que présente actuellement la question des abcès du poumon. Ceux-ci s'observent aujourd'hui avec *fréquence* : ce n'est pas, certes, une affection banale, mais il ne se passe guère de mois, dans un service hospitalier actif où le clinicien n'ait tout au moins à en discuter le diagnostic : et ce diagnostic pose chaque fois des questions de thérapeutique médico-chirurgicale particulièrement délicates.

A la multiplication de cette affection, nombre d'hypothèses étiologiques ont été soulevées.

Certains ont invoqué les *progrès de la médecine* ; il est vrai que l'emploi chaque jour plus fréquent et le perfectionnement des explorations radiologiques, associés à des recherches bactériologiques précises, ont diminué le nombre des cas méconnus.

Pendant longtemps, on ne faisait pas le diagnostic d'abcès du poumon, mais celui de pleurésie interlobaire.

Cette pleurésie est, en réalité, une affection relativement exceptionnelle, tandis qu'en règle, ce que l'on considérait autrefois comme pleurésies sont des abcès du poumon.

Si l'on songe aux autopsies régulièrement pratiquées par des hommes comme LAËNNEC ou GRISOLLE, comment se fait-il que l'affection n'ait pas été alors reconnue ?

D'autres auteurs ont pensé à *la grippe* avec ses retours offensifs fréquents. Il faut ici se méfier et se rappeler, ainsi que l'ont signalé BEZANÇON et I. DE JONG, « qu'en réalité on appelle souvent grippe le début de la maladie, la période qui précède l'apparition des signes évidents de foyers pulmonaires ».

On a invoqué les gaz toxiques employés pendant la guerre. Il est certain que la grippe, les gaz toxiques créent une susceptibilité broncho-pulmonaire qui a pu préparer le terrain.

Une cause certaine sur laquelle nous n'insisterons pas est l'*étiologie chirurgicale* si fréquente aux États-Unis.

En dehors de ces faits, il faut compter avec des *causes inconnues*, mal définies, telles que les modifications de virulence des germes, les influences telluriques. Ce n'est pas la première fois, que sans cause apparente saisissable, on a vu s'évanouir ou, au contraire, s'éveiller une maladie; le génie épidémique d'une affection semblant se modifier au cours des âges.

Si intéressants que soient les problèmes d'étiologie et de diagnostic des abcès du poumon, celui de la thérapeutique demeure primordial.

LÉON KINDBERG estime à 20 % la proportion des abcès guérissant spontanément, ce qui ne l'empêche pas de dire « que d'une façon très générale, il faut se méfier d'un optimisme facile : l'abcès du poumon est une affection grave et dont l'avenir est longtemps incertain. C'est dans ce cas que le problème de l'intervention se pose, et il en est peu d'aussi difficile à trancher, car les solutions chirurgicales ou bien s'avèrent inoffensives mais peu effectives ou même tout à fait inopérantes ; ou bien radicales et logiques, elles n'obtiennent le succès qu'au prix d'une mortalité bien faite pour donner à réfléchir ».

Devant ces faits, on comprend tout l'intérêt du traitement médical. Dans les cas d'abcès dysentériques du poumon, le succès est absolument miraculeux. On considérait autrefois le traitement émétinien comme le traitement « pierre de touche » des abcès amibiens du poumon : c'est pourquoi il était pratiqué d'une façon presque constante en face d'une suppuration pulmonaire. Il semble actuellement qu'il faille étendre l'action de l'émétine ; si ce médicament garde sa spécificité en face de la dysenterie amibienne et de ses complications tant hépatiques que pulmonaires, nous n'avons pas le droit de lui dénier toute efficacité vis-à-vis des abcès pulmonaires banaux et de faire constamment de ceux-ci des abcès amibiens.

III.

L'ÉMÉTINE DANS LES ABCÈS DU POUMON

I. — LES ABCÈS AMIBIENS CERTAINS

Nous ne ferons que retracer brièvement le chemin parcouru par le traitement éméтинien dans l'amibiase pulmonaire depuis sa découverte.

On s'attachait autrefois à distinguer :

Les *abcès du poumon avec abcès du foie* : l'infestation du poumon par l'amibe se faisant de façon concomittante par continuité ou par contiguité.

C'est dans un cas de ce genre que CHAUFFARD introduisit, pour la première fois en France, le traitement par le chlorhydrate d'émétine. (Abcès du foie ouvert dans les bronches ; guérison rapide par l'émétine. — *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 25 février 1913).

Les *abcès du poumon sans abcès du foie* : Les nombreuses observations de BERTRAND et FONTAN (1841), JOSSE RAND (1900), NATTAN LARRIER (1906-1907), LOISON (1908), FOUCAUD et SÉGUIN (1910), nous montrent le traitement chirurgical prédominant, traitement qui conduisait souvent à un désastre.

Nous nous devons de citer intégralement l'observation de L. RAMOND, DESNOYELLE et LAUTMANN, où, pour la première fois, fut traité par le chlorhydrate d'émétine un abcès amibien du poumon isolé.

L. RAMOND, DENOYELLE, LAUTMANN. — *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux*, séance de Mai 1923. « Un cas d'amibiase pulmonaire pure, sans abcès du foie ».

« M. S..., industriel à Casablanca (Maroc), entre dans le service Vigla, le 10 Juin 1922, parce qu'il crache du sang depuis 5 jours. Effectivement, au moment où on l'examine, quelques heures après son admission, son crachoir contient déjà une centaine de grammes d'une expectoration sanglante bien particulière, constituée par une masse glaireuse, au milieu de laquelle on distingue d'assez gros crachats purulents, gris-verdâtres, mêlés de nombreuses stries de sang rouge vif. L'ensemble est nettement hémorragique, l'aspect est celui de fraises écrasées dans de la crème avec prédominance des fraises sur la crème.

Ces crachats n'exhalent aucune odeur.

M. S..., est un homme de 32 ans, robuste, bien musclé, au teint basané. Il n'est nullement amaigri. Il se sent si peu malade, qu'il est venu à pied à la Maison Dubois. Il n'éprouve aucune fatigue, il n'a pas de fièvre, il n'est pas oppressé ; il souffre seulement, et très légèrement, d'un point de côté droit. En réalité, une seule chose l'inquiète, son hémoptysie ; sans cela, il continuerait à vaquer à ses occupations.

Il n'a aucune peine à raconter son histoire, qui est la suivante :

Tous ses malheurs datent, à son avis, d'un voyage en avion qu'il a effectué, il y a un mois, le 8 Mai, de Casablanca à Montpellier. Il croit avoir pris froid au cours du vol. Les premières manifestations morbides ne datent pourtant que du 12 Mai. Ce jour-là, dans la soirée, il est pris d'un très violent point de côté à droite : il est obligé de s'aliter. Sous l'influence du repos, des ventouses et d'une potion, une amélioration se produit en trois jours, sans qu'à aucun moment, il y ait eu de la fièvre ou de la toux.

Le 16 Mai. — Malgré la persistance de quelques élancements dans le côté droit, il se décide à continuer son voyage, mais par chemin de fer. Il arrive à Paris, et pendant quinze jours il s'occupe activement de ses affaires.

Le 2 Juin. — Il est à Lille. Vers minuit, il est réveillé par une douleur atroce à la base de l'hémithorax droit, au voisinage de l'angle inférieur de l'omoplate. Pour la première fois, il est pris d'une toux fréquente, quinteuse, absolument sèche. Cette toux retentit péniblement sur son point de côté. Il n'a ni fièvre, ni dyspnée. Un médecin appelé le lendemain parle de pleurésie et conseille le repos au lit et la révulsion.

Le 5 Juin. — L'état reste le même ; mais dans la matinée, M. S... rejette quelques crachats sanglants. D'après lui, il s'agissait alors de sang pur, aéré, mousseux, différent de celui qu'il crache actuellement. Dans la journée, il n'expectore qu'une dizaine de ces crachats, un par un, à assez longs intervalles.

Le 6 Juin. — L'hémoptysie est plus abondante, et le malade s'en effraie. Ne se sentant aucun malaise, n'ayant pas de fièvre, sa douleur thoracique étant très atténuée, il n'hésite pas : il prend le train pour Paris, convaincu d'être mieux soigné dans la capitale. Pendant le voyage, il emplit deux mouchoirs de crachats épais, visqueux, glaireux, mélangés de sang. Il consulte dès son arrivée. On lui fait subir un examen radioscopique. On lui dit ensuite qu'il a une poche de pus à la base du poumon droit et qu'il va falloir l'opérer. C'est alors qu'il se décide à entrer à la Maison Dubois.

A l'examen : Le thorax apparaît comme légèrement aplati, mais c'est là une déformation d'ancienne date, déterminée comme une légère cypho-scoliose cervico-dorsale, par une crise de rhumatisme subaigu survenue en 1916.

La percussion révèle à la base droite l'existence d'une matité franche, qui s'arrête nettement en haut et en arrière, à deux travers de doigt de la pointe de l'omoplate. En avant et dans l'aisselle, cette matité a des limites moins bien tranchées et se confond avec celle du foie.

A la palpation, les vibrations vocales ne sont point modifiées.

L'auscultation permet d'entendre, en arrière, au niveau de la zone mate, un murmure vésiculaire très affaibli et des bouffées de râles humides, très fins, mêlés de quelques frottements pleuraux, perceptibles les uns et les autres, surtout après la toux. Partout ailleurs, l'examen du poumon droit ne décèle aucun signe anormal.

Le poumon gauche est parfaitement sain.

Les autres appareils : digestif, cardio-vasculaire, urinaire, le système nerveux, sont parfaitement normaux. En particulier, le foie n'est ni hypertrophié, ni douloureux, la rate n'est pas accessible à la percussion.

Il n'y a pas de fièvre (37°4), le pouls est bien frappé, régulier, à 84. Les urines abondantes ne contiennent ni sucre, ni albumine.

En présence d'un tel tableau morbide, le diagnostic étiologique restant provisoirement en suspens, la thérapeutique est tout d'abord, et jusqu'à plus ample informé, exclusivement symptomatique et dirigée contre l'hémoptysie.

Le lendemain, 11 Juin. — Le malade est fatigué, il a beaucoup toussé, son crachoir contient 300 grammes environ du même mélange sanguino-purulent que la veille. Sa température est à 37°1, l'examen physique ne diffère pas de ce qu'il était 24 heures plus tôt. Les crachats sont examinés au laboratoire : ils ne contiennent pas de B. K. Ils sont

d'ailleurs remarquablement amicrobiens et ne contiennent guère que des éléments cellulaires : leucocytes plus ou moins altérés et hématies sur un fond granuleux et hyalin.

Le 12 Juin. — La situation n'a pas changé. On pratique un examen radioscopique.

Dans la station verticale, en position antérieure, on voit une ombre très opaque à la base droite. Cette ombre occupe toute la partie inférieure du poumon ; en haut, elle remonte en arrière à la huitième côte, sa limite supérieure est nettement tracée : en forme de coupole arrondie, concave en bas avec un bord externe plus long que l'interne.

En bas, elle repose sur le diaphragme qui reste cependant très mobile ; elle efface complètement le sinus costo-diaphragmatique. En dehors, elle atteint la paroi thoracique, tandis qu'en dedans elle reste franchement séparée de l'ombre cardiaque par une bande claire.

En vue postérieure, l'opacité est aussi nette. Ses rapports avec le sinus costo-diaphragmatique, le diaphragme, la cage thoracique, sont les mêmes. Mais par suite de la disparition de son bord interne, elle affecte une forme triangulaire, son bord supérieur rectiligne s'étendant depuis la paroi axillaire jusqu'à quelques centimètres de l'angle phrénopéricardique.

Dans la position couchée, l'image est très différente, en vue antérieure, la zone opaque apparaît comme une sphère nettement arrondie de 4 centimètres de diamètre, qui se détache complètement du diaphragme à la fin de l'inspiration.

C'est à la suite de ces examens que la présence dans le poumon d'une collection suppurée, étant avérée, l'hypothèse d'abcès dysentérique du poumon nous vient à l'esprit, en raison des antécédents du sujet.

Français d'origine, cet homme s'est, en effet, installé au Maroc en 1913. Il a été mobilisé à Marrakech en 1914. En 1916, il a été atteint de paludisme, puis de douleurs rachidiennes étiquetées rhumatisme vertébral ; de là dateraient ses légères déformations rachidiennes et thoraciques.

En novembre 1919, à Fez, il a eu une dysenterie amibienne typique avec constatation microscopique des amibes dysentériques dans les selles. Il a été guéri par l'émétine en 3 semaines.

Cependant, depuis lors, son intestin fonctionne mal, il a eu de l'entérite, à deux reprises, en septembre 1921, en Février 1922 ; il a eu deux crises dysentériques avec épreintes, ténésme, selles glaireuses, sanglantes. L'une et l'autre ont guéri sans émétine.

Pour faire la preuve parasitologique de l'amibiase dont cet homme paraît atteint physiquement, nous recherchons alors les amibes ou leurs kystes dans les selles. Nous recherchons les amibes dans les crachats. Tous les examens donnent un résultat négatif.

Cependant, dès le lendemain, 13 Juin, nous instituons un traitement d'épreuve par l'émétine : 0,04 cgr. de chlorhydrate d'émétine sont injectés sous la peau.

A ce moment, la température s'est élevée à 38°, l'expectoration est toujours aussi purulente, et aussi sanglante, entre 300 et 400 grammes par 24 heures.

Le 14 Juin. — La fièvre a continué sa progression, elle atteint 38°4 depuis la veille au soir ; le malade se sent fatigué, il a beaucoup toussé toute la nuit, les crachats sont toutefois beaucoup moins abondants et moins rouges que les jours précédents ; on injecte 0,06 cgr. d'émétine.

Le 15 Juin. — La température qui s'était élevée jusqu'à 38°8 dans la soirée du 14, est tombée brusquement à 37°4. Le malade accuse une grande sensation de bien-être. Il n'y a plus qu'une centaine de grammes de crachats, à peine teintés de sang. La base droite est bien moins mate. On y entend cependant des frottements et des râles, mais seulement dans la région para-vertébrale. On injecte 0,08 cgr. d'émétine.

Le 16 Juin. — Cet homme se déclare guéri, il n'a presque pas toussé ; dans son crachoir, on ne voit qu'une dizaine de crachats purulents verdâtres, sans aucune trace de sang. Les signes physiques ne sont pas modifiés.

Le 18 Juin. — L'expectoration de toute la journée se résume en 5 crachats blanchâtres, simplement muqueux.

Le 19 Juin. — La guérison semble complète, la température est tombée à 36°3, l'état général est parfait, les douleurs et la toux ont disparu, l'expectoration est absolument tarie, on n'entend plus aucun râle à la base droite. Pourtant, à la radioscopie, en station verticale, l'opacité primitive persiste avec ses mêmes dimensions à la partie inférieure du poumon droit. Son intensité, il est vrai, a considérablement diminué.

On pratique une injection intraveineuse de 15 cgr. de novarsénobenzol.

Le 22 Juin. — M. S... paraît tout à fait bien portant, sort volontairement de la maison de santé, sans se soucier de continuer le traitement destiné à assurer sa cure définitive.

II. — LES ABCÈS AMIBIENS DOUTEUX

Nous voulons montrer comment, l'emploi de l'émétine se généralisant, on est arrivé à en faire, parfois d'une façon un peu abusive, le traitement « pierre de touche » de l'amibiase pulmonaire. C'est ainsi que nous reproduisons quelques observations présentées ces dernières années, tant à Lyon qu'à Paris (à la *Société Médicale des Hôpitaux*).

Si dans toutes, l'action de l'émétine reste merveilleuse, la nature amibienne de l'abcès du poumon demeure douteuse.

CORDIER, de Lyon, a été le premier à insister sur ce fait qu'un abcès du poumon ne doit pas être considéré comme amibien simplement parce qu'il guérit sous l'influence de l'émétine, et chez les malades qu'il a examinés, il notait comme tout antécédent pouvant faire soupçonner l'amibiase, mais insuffisant à la prouver, un séjour à l'armée d'Orient.

Il rapporte, en octobre 1923, trois observations schématiques :

1^o Un malade, sans symptômes intestinaux, qui avait fait un court voyage en Asie Mineure, fut pris de fièvre, de frissons, d'un point de côté violent ; on diagnostiqua une pleurésie, mais la vomique apparut et la radio révéla un abcès du poumon. Avec quelques injections d'émétine, le malade est guéri en quelques jours.

2^o Un autre malade avait fait, lui aussi, la guerre sur le front, en Asie Mineure ; il présente les mêmes symptômes : frissons, fièvre, point de côté. La radio révèle le diagnostic, le malade est guéri rapidement par l'émétine.

3^o Un troisième malade qui s'était battu en Orient, sans antécédents nets, fut, lui aussi, miraculeusement guéri par l'émétine.

Dans l'observation publiée par P. E. WEIL et LAMY, en 1924, et que nous reproduisons in-extenso, on ne note qu'un séjour de quatre mois en Algérie, avec diarrhée guérissant spontanément.

Un cas d'abcès amibiastique du poumon guéri par l'émétine
P. E. WEIL et LAMY. — *Société Médicale des Hôpitaux*, séance du 17 octobre 1924.

« M. B..., 36 ans, égoutier, entre à l'hôpital Tenon, salle Montyon, le 31 Mai 1924, pour toux, point de côté et fièvre. La maladie a débuté brutalement 7 jours auparavant et a contraint le malade à interrompre son travail.

Lors du premier examen, le 1^{er} Juin, nous nous trouvons en présence d'un homme vigoureux, peu amaigri, le visage coloré : il est nettement dyspnéique, et nous comptons 52 respirations par minute.

La percussion du thorax est douloureuse en avant, à la hauteur de la région mammaire, et dans le dos, au niveau de la pointe de l'omoplate. En avant, la sonorité est normale et égale des deux côtés ; en arrière, au contraire, on note une submatité très nette de toute la moitié inférieure de l'hémithorax droit.

Les vibrations vocales sont diminuées dans la même région, l'auscultation donne peu de renseignements ; tout au plus, constatons-nous une légère diminution du murmure vésiculaire dans la moitié inférieure de l'hémithorax droit ; après avoir fait tousser le malade, on entend, dans la même zone, quelques râles sous-crépitants, mais il n'existe ni retentissement de la toux, ni souffle, ni modification de la voix.

Le malade n'expectore que quelques crachats muco-purulents ressemblant à ceux d'une bronchite banale.

Les bruits du cœur sont bien frappés ; le pouls régulier bat à 100 par minute, la température est à 39°4, les urines atteignent un litre par 24 heures, elles ne contiennent pas d'albumine. Ni le foie, ni la rate ne sont augmentés de volume.

Le lendemain, les mêmes symptômes persistent, on se décide à pratiquer une ponction exploratrice : elle permet de retirer quelques centimètres cubes d'un liquide louche contenant quelques polynucléaires altérés, mais pas de germes.

Le 3 Juin, on constate une ébauche de « crise » : le malade est pris de sueurs abondantes, la température tombe à 38°, en même temps la diurèse atteint 1.500 grammes, mais les signes physiques restent les mêmes.

L'état du malade reste sensiblement stationnaire les jours suivants : mais le 6, il a une véritable vomique fractionnée et rejette dans la journée 150 cc. de crachats purulents.

A l'examen, on est frappé par ce fait qu'ils renferment remarquablement peu de germes ; on n'y trouve que quelques très rares cocci qui restent colorés par la méthode de GRAM. La recherche des B. K. est négative.

Ce jour-là, les signes physiques demeurent à peu près les mêmes ; matité et silence de la base droite, sans souffle ni bruits humides.

Un examen radioscopique pratiqué le lendemain, 8, montre dans l'hémithorax droit, entre la deuxième côte et le quatrième espace une image claire entourée d'un cercle sombre. La partie toute inférieure de l'image est complètement opaque et limitée en haut par une ligne de

niveau horizontale ; il s'agit, avec certitude, d'une cavité contenant quelques centimètres cubes de liquide.

On porte alors le diagnostic d'abcès du poumon, et le lendemain, 9, on fait une tentative de pneumo-thorax artificiel : celui-ci ne peut être réalisé car la plèvre ne se laisse pas décoller comme c'est la règle dans les cas semblables. Le surlendemain, une nouvelle tentative est faite, sans plus de succès.

Cependant, l'état général du malade reste stationnaire. La température oscille entre 38° et 39° ; il continue à tousser et à expectorer par jour entre 75 et 100 cc. de crachats purulents contenant peu de microbes. Les signes physiques demeurent sensiblement les mêmes et un nouvel examen radioscopique, le 11, montre que l'image cavitaire persiste avec ses dimensions primitives.

Frappés par le caractère amicrobien de l'expectoration, et nous souvenant d'une communication faite l'année dernière à la Société Médicale par MM. L. RAMOND, DENOYELLE et LAUTMANN, nous sommes amenés alors à envisager le diagnostic d'abcès amibien.

Le malade, interrogé, nous apprend qu'il a séjourné 4 mois en Algérie, en 1919, et qu'il a présenté à cette époque une crise de diarrhée très sérieuse ayant duré plusieurs jours, mais ayant guéri spontanément. Depuis, il n'a jamais été malade, sauf en Janvier 1924 ; à ce moment, il a été immobilisé au lit, pendant une dizaine de jours, pour « une congestion pulmonaire » avec point de côté droit et hémoptysie. Il n'a jamais souffert du foie.

La recherche des amibes dans les crachats, à l'état frais et après coloration, a été négative à plusieurs reprises. L'examen des matières fécales ne nous a pas permis de déceler la présence d'amibes ni de kystes ; nous avons seulement trouvé des œufs de tricocéphales. L'examen du sang a donné les résultats suivants :

Gl. R. 4.000.000, hémoglobine 88, valeur globulaire 1, 1.

Gl. B. 8.400, équilibre leucocytaire: polynucléaires neutrophiles, 76,5 ; polynucléaires éosinophiles 2 ; grands et moyens mononucléaires, 19 ; lymphocytes, 2,5.

Malgré les renseignements assez peu concluants, fournis par notre enquête, et le résultat négatif de nos recherches, le malade est mis, le 12 Juin, au traitement par le chlorhydrate d'émétine à la dose de 0,04 cgr. par jour.

Or, dès le début du traitement, nous sommes frappés d'une amélioration manifeste, la fièvre qui oscillait entre 38° et 39° tombe, en 3 jours, entre 37° et 38°, le malade se sent mieux, la toux diminue, la quantité des crachats tombe de moitié en quelques jours.

Après 10 jours de ce traitement, le malade est tout à fait apyrétique. Il ne tousse presque plus et n'expectore que deux ou trois crachats muco-purulents. En même temps, les signes physiques ont presque entièrement disparu ; il ne subsiste qu'une légère submatité de la base. Le malade est vu sous écran le 18 Juin : dans la région où nous avions précédemment observé une vaste opacité, on ne voit plus qu'une tache opaque de 2 cm. sur 2. A ce moment, on remplace les injections d'émétine par 3 injections de novarsénobenzol (0,15, 0,30, 0,45). La guérison se complète alors très rapidement, la toux disparaît, l'expectoration se tarit, le malade engraisse et quitte le service, guéri, le 6 Juillet, 3 semaines après le début du traitement. Depuis, nous l'avons suivi régulièrement, la guérison s'est maintenue. Un examen radiologique, pratiqué le 29 Juillet est presque négatif ; on devine à peine l'ombre constatée lors des précédents examens.

Notre ancien malade est revenu nous voir le 27 Septembre, sa santé est parfaite ; il pèse actuellement 91 kilogs et l'image radiologique de son thorax est absolument normale. »

Chez le matelot observé par DARGEIN et DORE, on ne note qu'un séjour à Corfou en 1919. L'observation est de 1925, et l'hypothèse d'une dysenterie autochtone contractée à Toulon est soulevée par les auteurs sans être démontrée.

Amibiase pulmonaire gauche pure, guérie par l'émétine et le stovarsol.
DARGEIN et DORE. — *Société Médicale des Hôpitaux*, 3 Avril 1925.

« M. X..., âgé de 43 ans, second-maître, entre à l'hôpital Sainte-Anne le 22 Décembre 1924, pour une congestion pulmonaire double ; au cours d'une ronde de nuit, trois jours avant, il aurait eu un frisson et une lipothymie, puis une expectoration rougeâtre, dont il ne précise autrement ni la nature, ni la quantité. On constate à son arrivée des signes de pneumonie localisée à la partie inférieure du poumon gauche (matité, souffle tubaire, broncho-égophonie, pectoriloquie aphone) avec peu de signes fonctionnels, car, en dehors du point de côté à la base gauche, le sujet ne tousse pas et n'a pas d'expectoration ; il n'existe aucun signe à droite, la fièvre est modérée, oscille autour de 38°5, les urines, peu abondantes, renferment des traces d'albumine, un excès d'indican et d'urobiline, pas de pigments biliaires. Le 27 Décembre, on constate des signes de pleurésie réactionnelle avec souffle doux expiratoire sans modification de l'espace de TRAUBE ; une ponction exploratrice ramène, le 28, du liquide citrin, dont la formule cytologique est la suivante :

Cellules endothéliales	60 %
Polynucléaires neutrophyles	25 %
Lymphocytes	15 %

Le 28 Décembre, alors qu'il n'y a aucune expectoration depuis celle signalée au cours de la ronde de nuit, le malade émet des crachats sanglants rouge brique, dans lequel l'examen ne révèle pas de B. K., mais seulement l'existence d'une flore banale sans prédominance d'espèces.

Le 31 Décembre, l'expectoration est brique foncée, couleur chocolat, et l'on note la réapparition d'un souffle tubaire à la base du poumon gauche. La radioscopie pratiquée le même jour montre, outre un épanchement pleural masquant la base et le sinus, une ombre opaque, ovale, à grand axe oblique de haut en bas et de dehors en dedans, à contours nets, paraissant plutôt pulmonaire, semblant correspondre à une tumeur ou à une collection ankystée ; son bord inférieur reste à deux travers de doigt au-dessus du dôme diaphragmatique.

Dès le 1^{er} Janvier, on institue un traitement émétien à 0,08 cgr. par jour, pendant 4 jours, et à 0,04 cgr. pendant 4 autres jours, soit au total 0 gr. 48 d'émétine, et dès le 3 Janvier, c'est-à-dire 48 heures après le début des injections, on note une absence d'expectoration et la chute de la température.

La T. A. au Vaquez est de 12,05 et 8 et baisse au cours du traitement à 10-7,5. L'expectoration, examinée une deuxième fois, montre une flore buccale paraissant banale ; il n'y a pas de réaction leucocytaire, et, malgré la précocité de l'examen, on ne trouve ni amibe, ni mycélium, les signes stéthacoustiques persistent, toujours limités à gauche, souffle tubaire sur une largeur d'une paume de main, en dedans de la pointe de l'omoplate avec quelques râles crépitants fins. Les selles moulées ne renferment à divers examens ni kystes, ni amibes, ni parasites, même après réactivation à deux reprises. Le foie est normal, non douloureux, la rate non perceptible. La formule sanguine pratiquée le 3 Janvier donne :

Globules rouges	3.200.000
Globules blancs	14.000
Poly. neutrophyles	76 %
Lymphocytes	12
Mononucléaires	12

Dans la nuit du 11 au 12 Janvier, 4 jours après cessation du traitement éméтинien, le malade est repris d'une petite vomique peu abondante, d'un liquide brun rougeâtre, non sanglant, sans élévation thermique concomitante, sans point de côté ni dyspnée. L'examen chimique montre une forte proportion de sang ; on recherche, suivant les indications de COUTAUD, s'il s'agit d'une vomique sucrée, de provenance hépatique possible, mais les chiffres trouvés pour le sucre, 0 gr. 20%, pour la cholestérine 0 gr. 25 %, ne sont pas concluants, car ils semblent provenir de la présence du sang constaté. Une analyse bactériologique montre : absence de cellules hépatiques, de réaction leucocytaire, de cristaux de CHARCOT-LEYDEN, existence d'une flore variée et banale. Dès

la réapparition de l'expectoration, on recommence les injections d'émétine à 0,04 cgr. et, dès le lendemain, la vomique a cessé complètement.

Les signes stéthoscopiques s'atténuent progressivement, et le 19 on note la disparition du souffle et la disparition des râles.

A l'écran, la zone opaque de l'abcès est moins nette et moins sombre : le sinus a repris une légère clarté, mais le diaphragme est relativement peu mobile. La tension au PACHON est de 14,8 avec indice de 2,5. Les bruits du cœur sont normaux et réguliers. Le 3 Février, après une accalmie, le malade expectore le matin au réveil quelques crachats chocolat (une douzaine environ) suivis le lendemain de 4 à 5 crachats moins foncés ; on n'y trouve ni amibes, ni spirochètes, ni cellules hépatiques, ni pulmonaires ; les germes, peu abondants, sont représentés par un diplobacille du groupe FRIEDLANDER. On ne trouve, du côté pulmonaire que quelques râles crépitants fins s'entendant dans la même zone jusque sur la ligne axillaire postérieure, mais pas de souffle.

L'émétine est reprise dès le 3, à la dose de 0 cgr. 08 et a les mêmes et rapides effets, puisque l'expectoration cesse dès le lendemain ; on continue les injections à la dose quotidienne de 0 cgr. 04 jusqu'au 8 Février ; on complète son action par l'administration de comprimés de stovarsol à la dose de 0 gr. 50 par jour, du 9 au 16, puis, après interruption de 8 jours, du 25 Février au 3 Mars.

Quand le sujet est mis exeat à la date du 10 Mars, on ne constate plus de signes stéthoscopiques au niveau du poumon gauche, la radio ne révèle plus l'aspect de poche intra-parenchymateuse, mais seulement une séquelle pleurale de la base gauche avec voile homogène de pachypleurite, effacement complet du sinus, adhérence du diaphragme en dehors, immobilité en dedans. L'expectoration ne s'est plus reproduite, l'état général s'est amélioré, le poids passant de 52 à 58 kgs.

Dans l'observation de LEMIERRE et KOURILSKY, publiée en 1928, et que nous rapportons ci-dessous, la preuve de l'amibiase ne peut être donnée avec certitude. Le malade avait seulement séjourné en Orient dix ans auparavant.

Un cas d'abcès amibien du poumon confondu avec une pleurésie interlobaire et guéri par l'émétine. A. LEMIERRE et R. KOURILSKY. *Société Médicale des Hôpitaux*, Séance du 20 Janvier 1928.

« M. Morv..., âgé de 45 ans, cuisinier.

Examiné par nous, pour la première fois, le 28 Mars 1927, le malade était déjà atteint depuis 3 mois de troubles pulmonaires.

Au mois de Décembre 1926, il avait ressenti, pour la première fois, un point de côté dans la base droite et il s'était alité pour quelques jours

avec un peu de fièvre. La douleur était peu violente mais tenace, la fièvre était modérée mais accompagnée d'une sensation de grande fatigue. Le malade ne toussait, ni ne crachait. Malgré l'absence de ces symptômes, on porta le diagnostic de congestion pulmonaire « de la base droite » et celui-ci parut se confirmer par l'apparition progressive d'une petite toux sans particularités spéciales et d'une expectoration muqueuse, puis muco-purulente tout à fait banale sans trace de sang ni de fétidité.

Mais si l'affection pulmonaire que ces signes paraissaient indiquer semblait dépourvue de gravité, elle s'avéra bientôt d'une tenacité anormale.

De semaine en semaine, elle persista sans la moindre ébauche de résolution, sans un caractère nouveau.

La fièvre continuait avec elle, irrégulière, atteignant de temps à autre 39°, mais fixée la plupart du temps à l'entour de 38° ou de 38°5, accompagnée de sueurs et de frissons. Le malade s'inquiétait d'un amaigrissement régulier, quoiqu'il eût conservé l'appétit. Deux mois passèrent dans cette incertitude, pendant lesquels il dut garder constamment la chambre. Aucun examen radiologique ni bactériologique ne fut pratiqué à cette époque.

Brusquement, vers la fin du mois de Janvier 1926, se produisit une vomique, suivie d'efforts de toux très violents; le malade rejeta un liquide plus épais que les crachats qu'il expectorait quotidiennement, inodore, sans saveur spéciale, mais d'une teinte *rouge vineuse*, selon l'expression même du malade. Malgré cette coloration, il ne constata pas directement la présence du sang. Cette vomique fut isolée et très modérée dans son volume, que le malade a apprécié difficilement.

Aucun détail ne put nous être donné sur le résultat des examens qui furent faits au moment de la vomique, ni sur les signes d'auscultation qui furent constatés. Le malade, pendant les 3 semaines qui suivirent cet accident, fut soumis à une série d'injections quotidiennes sous-cutanées dont il ignore la nature, mais à la suite desquelles il se serait trouvé physiquement amélioré; néanmoins, avant l'issue de la série, il fut pris d'une vomique semblable à la première, sans aucune fétidité, suivie d'un mois de calme. Mais 15 jours avant l'admission à l'hôpital, une poussée aiguë violente de fièvre et d'expectoration se déchaîna.

Les crachats étaient verdâtres, muco-purulents, jamais sanglants. Un à deux crachoirs en étaient journellement remplis. Caractère nouveau, jamais encore rencontré avant cette époque : « les crachats devinrent fétides. Le malade se montre formel quant à la date de cette fétidité, qu'il maintient être très récente ».

Cette poussée aiguë se calma en une dizaine de jours; elle alarma l'entourage qui sollicita un examen radiologique, à la suite duquel le

malade fut reconnu atteint d'une pleurésie interlobaire et envoyé dans le service de chirurgie du Dr Mocquot, à l'hôpital Bichat, en vue d'une intervention chirurgicale. Celui-ci voulut bien nous le confier en observation pendant quelques jours dans notre service de médecine, où il fut examiné pour la première fois, le 28 Mars 1927.

Examen à l'entrée. — A son arrivée, le malade, malgré la longueur et les péripéties de son affection, était en assez bon état. La température qui, la veille encore, était à 39°, était redevenue normale et devait persister telle pendant quelques jours. Malgré l'amaigrissement des derniers mois, le poids était encore de 59 kgs, mais le facies tiré, un peu terreux, blafard, trahissait l'infection.

Les signes fonctionnels étaient par contre importants, la toux était fatigante, quinteuse. Journallement le malade remplissait presque la totalité d'un crachoir, d'une expectoration muco-purulente et indiscutablement fétide ; mousseuse dans les couches supérieures, épaisse, puriforme et de teinte verdâtre, au fond du crachoir.

Les signes physiques révélèrent d'importantes constatations.

Dès le premier examen, on fut frappé par une matité considérable de l'hémithorax droit que l'on retrouva en avant, en arrière et dans l'aisselle, ceinturant l'hémithorax, et remarquable par son étendue et par sa grande intensité.

En avant, elle s'étalait sur trois travers de doigt au-dessus de la matité hépatique, dans l'aisselle sur quatre travers de doigt, dégageant le creux axillaire ; en arrière, elle remontait presque jusqu'à la fosse sus-épineuse qu'elle laissait libre.

Sur toute la zone mate, les vibrations étaient abolies, l'obscurité respiratoire était complète ; nulle part on n'entendait de syndrome cavitairé, mais quelques frottements et quelques râles fins étaient perceptibles après la toux, dans l'aisselle et à la base, en arrière.

L'intensité de la matité était telle qu'elle évoquait celle des épanchements pleuraux ; elle s'accompagnait d'un certain degré de rétraction de l'hémithorax droit, mais aucun signe d'excavation pulmonaire ou de collection liquide intrathoracique n'était apparent.

Toutes les autres constatations d'examen étaient parfaitement normales ; l'hémithorax gauche, le cœur, le foie, la rate, le système nerveux, les urines.

Il s'agissait d'une affection exclusivement thoracique que nous précisions par l'examen radiologique, la ponction et des recherches bactériologiques.

A l'examen radiologique, sous l'écran, on constata, dans l'hémithorax droit la présence d'une énorme collection hydroaérique.

Un niveau liquide barrait le champ pulmonaire droit presque à mi-hauteur. Le culot liquide s'enfonçait jusqu'au contact du diaphragme, dont il était difficile à distinguer. Tout le restant supérieur de l'hémi-thorax était d'une clarté gazeuse jusqu'au-dessous de la clavicule. Le niveau liquide oscillait librement.

Sur le cliché, on pouvait préciser la limite inférieure de cette collection et se rendre compte qu'elle était formée par une coque foncée tangentielle au contour de la région diaphragmatique. Celle-ci était du reste très modifiée par une ombre massive qui masquait le diaphragme, tendue du bord externe de la cage thoracique au bord droit du cœur, en barrant largement et très haut le sinus diaphragmatique droit. La limite de cette ombre était formée par une ligne concave en haut et en dedans, d'une netteté parfaite analogue à une courbe d'épanchement pleural qui irait culminer dans l'aisselle.

De profil, la radiographie précisait les contours de la poche purulente. Celle-ci était située très en arrière, devant la colonne dorsale qu'elle laissait transparaître. En arrière, sa limite paraissait verticale ; en avant, elle était angulaire, limitée par un contour très épais décrivant un angle ouvert en arrière, culminant en avant. La poche paraissait sertie dans le poumon droit comme si la scissure inférieure de celui-ci s'était ouverte en arrière et latéralement pour l'encasturer, les deux lobes étant réfoûlés en avant.

La radiographie établissait donc l'existence : 1° d'une poche avec contenu liquide ; 2° d'une réaction pleurale de la grande cavité à sa base.

On pouvait discuter du siège de la poche et de la nature de la réaction pleurale.

Malgré notre hésitation à porter le diagnostic de pleurésie interlobaire, malgré les réserves que nous avons apportées ici même à ce sujet, nous avons pensé néanmoins qu'il s'agissait bien cette fois d'un enkystement scissural suppuré authentique.

La ponction fut décidée avant d'aller plus avant. La réalisation en fut d'une extrême difficulté, malgré l'apparente facilité d'accès qu'une pareille collection représentait.

On dut ponctionner en plusieurs endroits.

Faite très bas, à la base ou dans l'aisselle, une fois dans le 9^e et une fois dans le 10^e espace, avec des aiguilles très longues, la ponction ne ramena qu'une goutte de sérosité banale, après avoir traversé une paroi pleurale très épaisse et profonde.

Faite en arrière, dans le 8^e espace intercostal, à 2 centimètres en dehors de la verticale passant par la pointe de l'omoplate, la ponction permit de retirer du gaz fétide sous pression qui poussait spontanément le piston de l'aiguille.

Dans le même espace, dans l'aisselle, le malade étant incliné fortement du côté droit, l'aiguille enfoncée de 12 centimètres retira du pus épais, crémeux, jaune verdâtre, très bien lié, complètement inodore et très abondant.

Les examens cyto-bactériologiques furent aussitôt pratiqués sur la sérosité et le pus retiré par ponction et sur les crachats prélevés au même moment.

Les résultats de ces examens furent les suivants :

Le pus et la sérosité étaient l'un et l'autre complètement stériles. L'examen cytologique montra dans le pus des cellules complètement détruites, méconnaissables, mal colorables. Ni à l'examen direct ni à l'ensemencement, on ne put déceler de microbes aérobies ou anaérobies. La gélose Veillon, le bouillon T, gélose simple, restèrent stériles. Un frottis fait suivant la méthode de FONTANA modifiée, ne montra aucun élément spiraté.

Or, les crachats étaient au même moment très nettement septiques.

Les colorations y décelaient de nombreux microbes, streptocoques, pneumocoques, cocci et bâtonnets indéterminés, GRAM positifs et GRAM négatifs. La culture en gélose Veillon montra de nombreux anaérobies, sans que toutefois la gélose fût disloquée ou percée de vrilles. La recherche des spirilles faite avec les précautions nécessaires de prélèvement fut négative.

Ces résultats déconcertaient le diagnostic : l'existence d'un pus stérile ne pouvait se comprendre qu'avec la présence d'une collection non pas interlobaire mais amibienne.

Aussitôt interrogé, le malade nous apprit qu'il avait fait campagne à l'armée d'Orient, en Macédoine, pendant la guerre, mais qu'il n'y avait jamais été malade, et notamment, n'avait souffert d'aucun accident intestinal.

Des recherches d'amibes furent faites sans succès dans les selles et dans le pus de l'abcès fraîchement prélevé. L'éosinophilie se montra absente, l'examen du sang du 1^{er} Avril 1927 donna les résultats suivants :

Hématies	3.850.000
Leucocytes	14.400
Polynucléaires.	56
Eosinophiles	0
Grands mononucléaires.	10
Moyens mononucléaires	22
Lymphocytes	12

Malgré l'absence d'antécédents amibiens et de signes actuels d'amibiase, on décida de tenter pendant quelques jours un traitement d'épreuve à l'émétine.

ÉVOLUTION. — Un premier essai fut fait du 1^{er} au 4 Avril, avec une injection quotidiennement pratiquée en deux fois de 0 gr. 08 de chlorhydrate d'émétine.

L'amélioration qui en résulta fut véritablement étonnante par sa rapidité.

Six jours après le début du traitement, l'état général du malade était transformé, lui-même se sentait reprendre des forces de jour en jour et son teint avait perdu sa pâleur blafarde et terreuse. Le poids augmenta régulièrement, la température resta normale.

Les signes fonctionnels s'amendèrent, aucune vomique ne survint. Les crachats subirent une baisse soudaine de leur quantité, puis se tarirent progressivement. Dès le deuxième jour, leur fétidité avait disparu.

Les signes physiques, par contre, ne subirent pas de modifications remarquables ; la matité pourtant parut ne pas dépasser en avant la ligne axillaire antérieure ; mais, dans l'aisselle et en arrière, elle resta aussi intense. A hauteur de la base, s'entendaient toujours les mêmes râles, sous-crépitaux fins.

Mais l'examen radiologique montra après cinq jours de traitement une transformation stupéfiante ; toute trace de niveau avait disparu ; la coque de l'abcès se dessinait en bas nettement demi-circulaire. L'ombre pleurale sus-diaphragmatique était identique. Mis à part, le contour de celle-ci et de celui de l'abcès, net dans son quart inférieur seulement, estompé déjà partout ailleurs, l'hémithorax droit avait repris un aspect radiologique, voisin de l'aspect normal.

Les examens bactériologique et hématologique confirmaient l'amélioration obtenue.

Il fut impossible, au bout de dix jours, de déceler par culture la présence d'anaérobies dans les crachats, dont les frottis prirent l'aspect banal, à peine microbien, des expectorations simples.

L'examen du sang ne put déceler d'éosinophilie de retour vraiment nette. L'hyperleucocytose relative du début s'aplanit rapidement vers un taux normal.

Le 4 Avril, on notait :

Hématies.	3.770.000
Leucocytes	7.500
Polynucléaires.	61
Éosinophiles	2
Grands mononucléaires.	9
Moyens mononucléaires	19
Lymphocytes	9

De ce jour, la leucocytose et la formule restèrent stationnaires ;
le 29 Avril, on comptait :

Hématies.	4.840.000
Leucocytes	6.600

Devant l'action immédiate et définitive de la médication spécifique, et malgré l'absence de tout antécédent, il était évident que ce malade était atteint d'un abcès amibien du poumon.

Le traitement fut parachevé par une cure d'arsénobenzol de trois semaines, qui fut reprise après trois semaines de repos. L'amélioration radiologique ne cessa de progresser.

La pachypleurite resta stationnaire avec sa matité et sa légère rétraction qui lui correspondait cliniquement, mais la coque de l'abcès s'effaça de plus en plus. Elle cessa d'être nette en profil, puis même de face ; il persistait pourtant un quart de cercle assez net dans la base droite, le hile bronchique inférieur droit adjacent était surchargé et épaissi par rapport au côté opposé ; l'hémithorax, dans son ensemble, restait moins clair que l'hémithorax gauche ; il semble que ce soient là des lésions cicatricielles mêlées de sclérose, dont le remaniement et la résolution subissent l'évolution lente de ces processus lorsqu'ils compliquent les lésions pulmonaires non spécifiques.

Pendant six mois nous avons suivi notre malade par des clichés radiographiques pris en série. Une seule cure émétinique fut effectuée pendant cette période.

Jamais nous n'avons observé la moindre recrudescence ni d'expectoration, ni de fièvre, ni de fétidité, par contraste avec les reprises indéfinies des autres abcès chroniques du poumon.

Le malade a été revu par nous pour la dernière fois en Octobre 1927. Il était en parfaite santé, avait notablement engraisé, ne toussait et ne crachait pas. L'auscultation des poumons ne montrait plus, pour toute anomalie, qu'un peu de diminution du murmure vésiculaire du côté droit, en arrière.

Enfin, l'examen radiographique montre un nettoyage complet du champ pulmonaire, toute trace de coque a disparu, les régions hilaires sont moins opaques. Seule persiste la pachypleurite de la base.

Cliniquement et radiologiquement, la certitude de la guérison est atteinte ».

Enfin, tout récemment, LAEDERICH et POUMEAU-DELILLE rapportent le cas d'un abcès du poumon guéri par l'émétine, et insistent sur ce fait que leur malade avait séjourné en Algérie, il y a plus de 21 ans, sans avoir présenté ni alors, ni depuis, de troubles intestinaux, ce qui est très insuffisant pour permettre d'incriminer l'amibe dysentérique.

Un cas d'abcès du poumon guéri par l'émétine. — LAEDERICH et POUMEAU-DELILLE. *Société Médicale des Hôpitaux*, 15 Février 1929.

M. V... Louis, charbonnier, âgé de 46 ans, entre à l'hôpital Necker le 15 Novembre 1928, pour un épisode pulmonaire aigu; il a été pris deux jours auparavant de frissons, de fièvre et d'un violent point de côté haut situé à droite.

A son entrée, la température atteint 39°; le malade, alcoolique invétéré, est agité, tremulant; son facies est vultueux, la respiration est un peu rapide et gênée, mais l'expectoration est muco-purulente, sans caractère congestif. L'examen de l'appareil respiratoire ne permet de découvrir aucun foyer congestif; on note une légère submatité du sommet droit, sans modification des vibrations; à l'auscultation, on ne perçoit que des râles sibilants et ronflants, disséminés dans les deux champs pulmonaires, en avant et en arrière. L'examen complet des autres appareils est absolument négatif.

Nous connaissons d'ailleurs ce malade: il a été hospitalisé dans notre service en Avril dernier pour une crise de délire alcoolique; à cette époque, il avait eu une légère bronchite et nous l'avions examiné avec d'autant plus de soins que nous savions que sa femme était hospitalisée dans un service voisin pour tuberculose pulmonaire, tandis que lui-même prétendait avoir été réformé, en 1914, pour bronchite chronique. Or, nous n'avions rien trouvé à l'auscultation, et un examen radioscopique n'avait montré qu'une légère augmentation des tractus broncho-vasculaires sans aucune image de condensation parenchymateuse.

En présence de l'épisode actuel, nous pensons qu'il s'agit d'une bronchite aiguë banale, avec, peut-être, un foyer congestif latent, pour expliquer le point de côté; mais, en raison des antécédents, nous faisons des réserves sur la possibilité d'une poussée évolutive bacillaire. Bien que la recherche du bacille de Koch, aussitôt pratiquée dans les crachats, soit négative, ces suspicions augmentent les jours suivants, car la température se maintient autour de 39°; le malade est abattu et amaigri. Les examens stéthacoustiques, soigneusement répétés, ne révèlent toujours que des râles sibilants et ronflants disséminés.

Aussi, malgré la fatigue du malade, nous décidons le 25 Novembre, de le soumettre à un examen radioscopique. A notre grande surprise, nous découvrons sur l'écran une image typique d'abcès pulmonaire: il existe, à la partie externe de la région sous-claviculaire droite, une image hydro-aérique du volume d'une orange assez régulièrement ovalaire à grand axe vertical, large de 7 cm., haute de 9 cm., le niveau liquidien horizontal immobile avec la position du malade occupant le milieu de la hauteur de la poche. Celle-ci est limitée par un contour assez mince à sa partie inféro-externe; elle se continue avec une zone obscure, le reste

du parenchyme est sain, on y voit seulement les tractus broncho-vasculaires un peu plus accusés que normalement lors du précédent examen.

Surpris par cette découverte radiologique, nous pratiquons un nouvel examen stéthacoustique très minutieux, mais celui-ci reste aussi négatif que les précédents, cet abcès est resté et restera muet pendant toute son évolution.

Nous faisons alors une nouvelle enquête clinique, pour déterminer la nature de cet abcès, et cherchons à dépister une amibiase. L'interrogatoire nous apprend que le malade a séjourné 2 ans en Algérie, en 1906 et 1907. Il a souffert de fièvres paludéennes, mais ne se souvient d'aucun épisode dysentérique. Rentré en France depuis cette époque, il y a plus de 21 ans, il a toujours été bien portant, malgré ses habitudes éthyliques avérées, jusqu'aux accidents signalés plus haut; il nie absolument toute histoire d'entérite.

L'examen des crachats qui sont toujours d'aspect muco-purulent banal est pratiqué à nouveau sur des crachats fraîchement expectorés : nous n'y trouvons qu'une flore microbienne banale peu abondante, sans prédominance d'espèces microbiennes ; impossible d'y découvrir ni amibes, ni kystes.

Même résultat négatif de l'examen des selles. L'analyse de sang ne montre qu'une légère polynucléose à 2 % d'éosinophiles. Malgré ces résultats négatifs, nous décidons d'instituer un traitement émétinien d'essai. Le malade reçoit en 9 jours, du 28 Novembre au 6 Décembre, 0 gr. 84 d'émétine, en injections intraveineuses.

La température, qui était brusquement tombée de 39° à 37°6 la veille de la première piqûre, ne remonte plus à partir de ce jour. Le malade accuse immédiatement un mieux-être remarquable. La toux et l'expectoration disparaissent, l'état général redevient excellent, le poids augmente.

Une seconde radiographie, pratiquée le 7 Décembre, le lendemain de la 9^e injection d'émétine, montre une diminution extraordinaire de l'abcès qui n'atteint plus même le volume d'une noix, mais dans lequel on distingue encore un niveau liquide vers son tiers inférieur.

Une 3^e radiographie, faite 20 jours plus tard, le 27 Décembre, permet encore de distinguer une perte de substance du volume d'une noisette avec une quantité minime de liquide à sa partie déclive.

Une seconde série d'injections d'émétine est faite, du 28 Décembre au 6 Janvier, à la dose de 0,08 cgr. par jour.

Une dernière radiographie est faite après ce dernier traitement, elle ne laisse plus deviner que difficilement au milieu d'un parenchyme sensiblement normal, une petite clarté arrondie à peine du volume d'une cerise, sans niveau liquide. Le malade se trouve parfaitement rétabli et quitte l'hôpital.

III. — LES ABCÈS QUI NE SEMBLENT PAS AMIBIENS

Si, dans les observations précédentes, le doute peut persister quant à la nature amibienne de l'affection, ce doute n'est plus permis dans les observations que nous rapportons ci-dessous. Et pourtant, dans la première publiée par BRULÉ et HILLEMAND, en 1924, on n'osait nier l'origine amibienne de l'abcès, bien qu'elle fut vraiment improbable.

Avec le recul du temps, nous pouvons juger différemment. Si, à cette époque, nous ne pouvions être encore affirmatifs, l'emploi chaque jour plus fréquent du chlorhydrate d'émétine nous conduit à penser qu'il est loin d'être *uniquement* le traitement d'épreuve de l'amibiase pulmonaire.

Abcès du poumon guéri par l'émétine. — M. BRULÉ et P. HILLEMAND.
Société Médicale des Hôpitaux, séance du 7 Novembre 1924.

C..., âgé de 16 ans, cultivateur, entre le 4 Octobre 1923, à l'hôpital Cochin, dans le service du professeur VIDAL. C... est un enfant assisté, épileptique ; on ne note rien d'autre dans ses antécédents, sauf un épisode aigu, fébrile, étiqueté congestion pulmonaire et survenu en Mai 1923. Il n'a jamais quitté la France.

Alors qu'il travaillait aux champs, il a été pris brusquement, le 3 Octobre à 17 heures, de frissons répétés avec claquement de dents et céphalée. Il est examiné 24 heures après le début des accidents. La température est à 40°, le pouls à 120°. On compte 25 respirations à la minute. Le malade se plaint d'un point de côté droit intense, il tousse mais ne crache pas. L'auscultation ne montre que quelques râles sibilants disséminés dans toute la hauteur du poumon droit. Une hémoculture est aussitôt pratiquée et restera négative.

Dans la nuit du 4 au 5, 36 heures après le début des symptômes cliniques, le malade fait une vomique des plus caractéristiques. Il rejette 150 cm³ d'un pus épais, verdâtre, non fétide, strié de quelques filets de sang. Dans ce pus, l'examen bactériologique montre, sur lame, une véritable purée microbienne formée de cocci et de bacilles, les uns prenant, les autres ne prenant pas le GRAM : pas de B. K. Ces cultures ne décèleront aucun germe particulier. Malgré la vomique, la température reste en plateau entre 40° et 41°. Les signes d'auscultation ne permettent pas de préciser le siège du foyer pulmonaire. Aussi, malgré l'état grave du malade, on pratique, le 6 Octobre, la radioscopie qui montre à la base du poumon droit, une ombre arrondie, régulière, autour de laquelle le

parenchyme pulmonaire garde sa transparence normale. Cette ombre est nettement distante du bord supérieur du foie. L'hémi-diaphragme droit est immobile.

Ce n'est que le 8 Octobre au matin qu'apparaissent à la base droite des signes cavitaires : souffle, gargouillement, les crachats sont peu abondants. La température reste toujours à 40°. L'état général est grave, l'asthénie profonde, les lèvres sèches ; il existe une diarrhée assez abondante.

L'examen du sang montre de la leucocytose avec polynucléose: 16.200 globules blancs avec 84 % de polynucléaires.

Le malade est présenté, le 8 Octobre, à la clinique, par l'un de nous qui suppléait le professeur WIDAL. Le diagnostic d'abcès du poumon est certain, la gravité de l'état général impose une intervention immédiate, et nous prenons nos dispositions pour faire tenter dans la journée un pneumo-thorax artificiel. Mais, connaissant les observations antérieures d'abcès amibiens primitifs du poumon, nous insistons pour qu'une injection sous-cutanée de 0 gr. 08 de chlorhydrate d'émétine soit immédiatement pratiquée avant de tenter le pneumo-thorax. Or, le soir même (l'injection d'émétine ayant été pratiquée à midi), la température est tombée à 37°, l'état général s'est déjà amélioré, et on décide de surseoir au pneu-mothorax, en continuant l'émétine : 5 nouvelles injections d'émétine de 0 gr. 06 et de 0 gr. 04 sont pratiquées et parfaitement supportées. La température oscille quelques jours entre 37°5 et 38°, puis devient absolument normale, l'expectoration se tarit progressivement, la radioscopie permet de suivre la rétrocession, puis la disparition de l'ombre correspondant à l'abcès. L'état général s'améliore rapidement, l'appétit revient, la diarrhée a disparu en 24 heures, le malade quitte le service complètement guéri le 12 Novembre 1923 ».

Naturellement, une enquête approfondie a été poursuivie au point de vue de l'amibiase, le malade n'a jamais présenté de troubles intestinaux et nous n'avons jamais trouvé de symptômes hépatiques. Les amibes ont été recherchées à de multiples reprises dans les crachats et dans les selles : tous ces examens sont négatifs. Une rectoscopie est pratiquée et montre une muqueuse normale,

Nous avons eu l'occasion d'observer, durant l'épidémie de grippe, deux cas d'abcès pulmonaires qui, malgré leur gravité apparente, ont guéri rapidement après avoir reçu des injections sous-cutanées de chlorhydrate d'émétine. Aucun antécédent, aucun examen de laboratoire ne permettait d'incriminer l'amibiase et c'est pour vérifier l'action favorable, déjà signalée, de la médication émé-

tinienne dans les abcès non amibiens du poumon, que nous avons institué cette thérapeutique. Les résultats obtenus n'ont pas déçu notre attente, et si le mode d'action de l'émétine dans ces cas reste encore difficile à interpréter, l'activité du médicament nous paraît incontestable.

Voici ces deux observations publiées récemment par MM. BRULÉ, LAPORTE et RAGU.

OBSERVATION I

M. M... Désiré, mécanicien, âgé de 56 ans, entre à l'hôpital Tenon, le 25 Décembre 1928 pour toux et expectorations fétides apparues 3 ou 4 jours avant son entrée.

Depuis 2 mois, il avait présenté à deux ou trois reprises un point douloureux thoracique assez violent, à la partie moyenne et à la base du poumon droit; ces douleurs l'avaient forcé à arrêter son travail deux ou trois jours chaque fois. Il n'avait ni craché, ni toussé; des ventouses et des cataplasmes, puis des piqûres d'eucalyptine, avaient fait disparaître la douleur sans qu'à aucun moment il y ait eu de fièvre.

Le 3 Décembre 1928 apparaît une douleur thoracique intense à droite, douleur surprenant le malade par la brutalité de son début et son intensité, le forçant à se coucher. Ramené chez lui, le malade voit la douleur disparaître aussi brusquement qu'elle était apparue au bout de 3 heures environ. Cette douleur ne s'est accompagnée que d'une gêne respiratoire légère, mais sans toux ni expectoration. Deux jours après, il peut reprendre son travail, sans trop s'inquiéter du caractère un peu fétide qu'avait repris son haleine. Cependant, son médecin a pratiqué une radioscopie qui aurait montré à la base du poumon une image anormale.

Ce n'est que 3 ou 4 jours avant l'entrée à l'hôpital que la toux et l'expectoration apparaissent sans que le malade ait rien remarqué d'autre qu'un léger amaigrissement de 4 kgr. environ (75 à 71), et une poussée fébrile à 38°4.

La toux, rare dans la journée, survient dans la nuit; elle est presque toujours accompagnée de crachats soit blanchâtres, soit verdâtres, mais toujours fétides. L'expectoration n'a jamais été sanglante, elle serait plus abondante quand le malade se couche du côté droit.

Dans les 4 ou 5 premiers jours, le malade a présenté quelques sueurs nocturnes; il n'a pas eu de vomissements et même son appétit a augmenté.

On ne note aucun antécédent pulmonaire, mais depuis 3 ans et demi, il existe une gêne légère de la déglutition, l'ingestion de grosses bouchées

de pain ou de viande amenant une sensation d'arrêt dans l'œsophage, que la prise d'un peu d'eau suffit à faire cesser. Ces signes œsophagiens n'ont pas été en s'accroissant.

On relève, dans les antécédents, un séjour en Afrique du Nord, de 1891-1895, mais sans troubles intestinaux, pas de syphilis.

Au premier examen, dans le lit d'hôpital, le malade donne aussitôt l'impression d'être atteint d'une affection pulmonaire sévère, bien que sa température ne dépasse pas 37°5. L'aspect général est mauvais, le faciès plombé, l'amaigrissement évident. La toux est réveillée par le moindre mouvement dans le lit, mais les crachats sont relativement peu abondants ; ils sont simplement muco-purulents, mais très nettement fétides, sans avoir cependant la putridité de la gangrène.

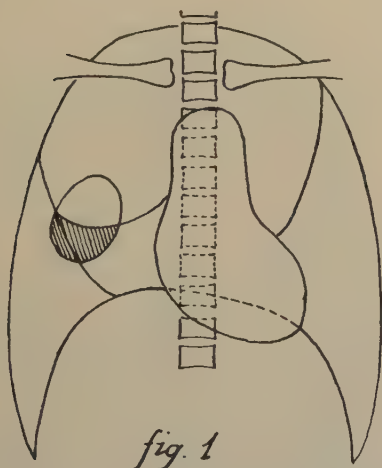


fig. 1

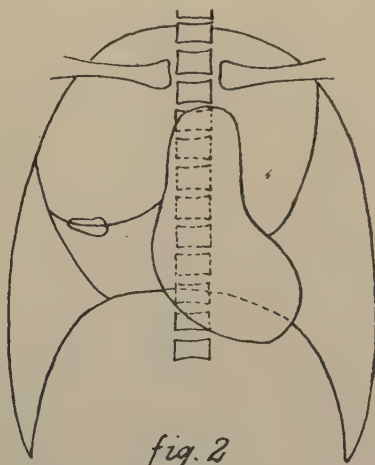


fig. 2

Malgré l'intensité de ces troubles fonctionnels pulmonaires, l'examen physique des poumons révèle peu de symptômes. Le poumon gauche est normal, sauf quelques sous-crépitations à la base.

A la partie moyenne du poumon droit, en arrière, la respiration est diminuée et près de la colonne vertébrale on perçoit un léger souffle tubaire. Ni submatité, ni modification des vibrations vocales ne sont perçues à ce niveau. Seule, la radiographie pratiquée le 29 Décembre, devait permettre de préciser la nature de la pneumopathie, et montrait à la partie moyenne du poumon droit, un volumineux abcès de la grosseur d'une orange, limité par une coque circulaire opaque et rempli à moitié de liquide dont le niveau supérieur restait horizontal lors des déplacements du thorax devant l'écran. Une ombre moins opaque, semblant suivre la scissure interlobaire, se prolongeait jusqu'à la limite externe du thorax (*fig. 1*).

Le diagnostic d'abcès pulmonaire fétide était donc évident ; cet abcès ne s'évacuait qu'imparfaitement et par petites vomiques fractionnées. L'une d'elles fut provoquée par une tentative d'injection intraveineuse de trypaflavine. Les premières gouttes injectées dans la veine provoquèrent une quinte de toux violente, qui força à suspendre l'injection, et le malade rendit une vingtaine de gros crachats fétides, qui pour la première fois avaient un aspect hémoptoïque et une coloration framboisée.

L'examen de tous les autres organes était négatif.

La fièvre ne s'éleva qu'une fois à 39°, le 30 Décembre. La température, tous ces autres jours, restait normale, en montant tout au plus à 37°5 le soir.

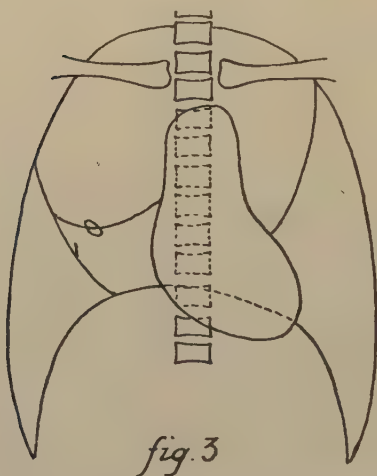


fig. 3

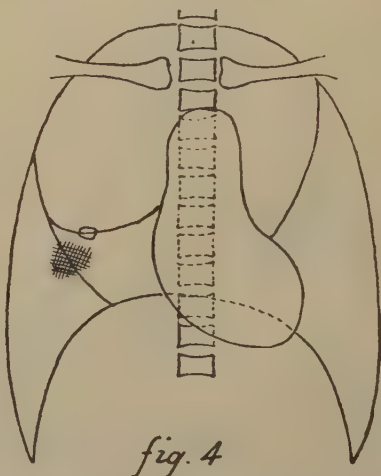


fig. 4

Le malade reçut deux injections de 0 gr. 15 et 0 gr. 30 de novarsénobenzol, le 28 Décembre et le 24 Janvier. Il prend quotidiennement de l'hyposulfite de soude, mais son état ne s'améliore pas.

Le 5 Janvier, on commence à pratiquer une injection sous-cutanée de 0 gr. 06 de chlorhydrate d'émétine, et l'on continue ces injections pendant 4 jours. Presque immédiatement, une amélioration très nette se manifeste, la fétidité des crachats disparaît, l'expectoration devient à la fois plus facile et moins abondante, l'appétit réparaît.

Après 6 jours d'interruption, ce traitement par l'émétine est repris le 15 Janvier, et 0 gr. 06 sont injectés quotidiennement pendant 5 jours. Le malade est alors véritablement transformé, il ne crache plus, se déclare guéri ; son poids, qui était de 66 kgs le 15 Janvier, passe à 68 kgs. le 21 Janvier. Une seconde radiographie faite le 19 Janvier, 14 jours

après la première injection d'émétine, montre une rétrocession considérable de l'abcès pulmonaire, son volume n'est plus que de celui d'une amande, dont il a la forme elliptique, à grand axe horizontal, présentant encore un petit niveau liquide (*fig. 2*).

Une troisième radiographie faite le 30 Janvier, ne montre plus qu'une ombre elliptique de la grosseur d'un haricot (*fig. 3*).

Dès lors, le malade est en pleine convalescence, sans toux, ni douleur, ni expectoration. Il reçoit encore trois injections d'émétine, les 27, 28, 29 Janvier, et sort de l'hôpital, sur sa demande, le 7 Février. Son poids est remonté à 72 kgs., puis à 74, le 11 Février.

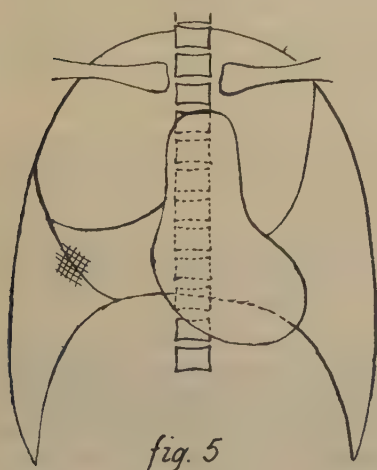


fig. 5

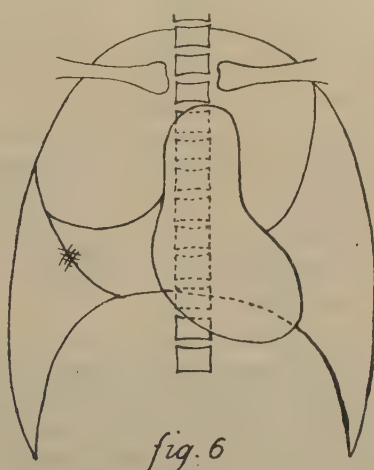


fig. 6

Le 15 Février, deux à trois crachats fétides reparaissent et le malade rentre aussitôt à l'hôpital. Il reçoit, sans amélioration, deux injections de 0 gr. 12 et 0 gr. 18 de sulfarsénol, le 22 et le 25 Février. L'expectoration augmente chaque jour, le poids tombe de 75 à 74 kgs. Une radiographie faite le 16 Février montre que l'abcès primitif n'a pas augmenté, mais à quelques centimètres au-dessous est apparue une ombre dense, à contours irréguliers, à centre non excavé, qui fait craindre un nouvel abcès (*fig. 4*). On reprend aussitôt un traitement éméтинien, mais les dernières injections sous-cutanées de l'émétine, fournie par l'Assistance Publique ayant été très douloureuses, on pratique des injections intra-veineuses quotidiennes de 0 gr. 06 qui sont admirablement supportées. Dix injections intra-veineuses sont faites à partir du 27 Février, et cette petite rechute est définitivement enrayée.

Pour nous assurer de la guérison, nous gardons depuis lors ce malade à l'hôpital Cochin. Il est en parfait état, ne tousse ni ne crache ; il pèse fin Avril 77 kgs. 600. Par mesure de sécurité, nous continuons à lui faire

quelques injections intraveineuses d'arsénobenzol et chaque mois des injections d'émétine sous-cutanées qui, à condition d'employer une autre marque d'émétine que celle de l'Assistance Publique, ne sont plus douloureuses.

Une radiographie pratiquée au début de Mai ne montre plus qu'une petite ombre circulaire, du volume d'une pièce de 1 franc et à la base du poumon droit (*fig. 5*).

Le malade se plaignant encore de spasmes œsophagiens qui, chez lui, sont très anciens et remontent à 5 ans, nous avons demandé l'exploration radiologique de l'œsophage qui montre des anneaux spasmodiques entre les rétrécissements physiologiques œsophagiens et bronchiques ; le médiastin postérieur est légèrement assombri à sa partie moyenne, faisant soupçonner au radiologiste la possibilité d'une adénopathie médiastine.

Nous avons répété de multiples fois, sans succès, la recherche des amibes et des spirilles dans les crachats : la recherche des amibes dans les selles est toujours restée négative.

Par ailleurs, l'examen des crachats n'a jamais montré qu'une flore microbienne banale et peu abondante, constituée seulement de quelques pneumocoques.

Des réserves doivent encore être faites pour l'avenir de ce malade, car après une longue période de bien-être, il a recommencé à cracher le 15 Mai, tandis que l'opacité qui persistait à la radiographie augmentait d'étendue et que le poids tombait de 78 à 76 kgs. Le 29 Mai, apparut une petite vomique de crachats muco-purulents et hémoptoïques qui soulagea le malade. Aucune fièvre n'apparut pendant cette petite reprise des accidents pulmonaires. Fin Mai, l'état du poumon était tel que le représente la figure 6.

OBSERVATION II

Mme Madeleine B..., âgée de 21 ans, femme de ménage, entre à l'hôpital Cochin le 11 Février, pour une affection pulmonaire fébrile.

Depuis le 2 Février, la malade, jusque-là bien portante, commence à se sentir fatiguée, à présenter des maux de tête, des nausées, quoique gardant bon appétit.

Le vendredi 8 Février, elle se met à tousser d'une toux sèche sans expectoration ; le samedi, sa température monte à 39° et se maintient à 40° le dimanche, la malade continue à tousser et se plaint alors d'un point de côté de la région axillaire droite.

Cependant, son entrée à l'hôpital, le lundi 11 Février, semble marquer le dernier jour de cet épisode fébrile, puisque la température revient à 37°2 le mardi matin 12 Février, et se maintient entre 37°5 et 38°2 ; par ailleurs, l'examen pulmonaire s'étant montré négatif à l'entrée, on diagnostique une grippe banale au terme de son évolution ; la malade semble convalescente, se remet à manger, son point de côté et sa toux se calment.

Cependant, la température augmente peu à peu à partir du 16 Février. Le 22 Février, des symptômes vont réapparaître : d'une part, la malade se plaint de douleurs dans la gorge, de dysphagie ; d'autre part et surtout, les signes pulmonaires reprennent plus nettement, la toux se fait plus forte et pour la première fois la malade se met à cracher, d'abord l'expectoration est banale, verdâtre, peu abondante, mais on y voit apparaître le second jour quelques stries sanglantes.

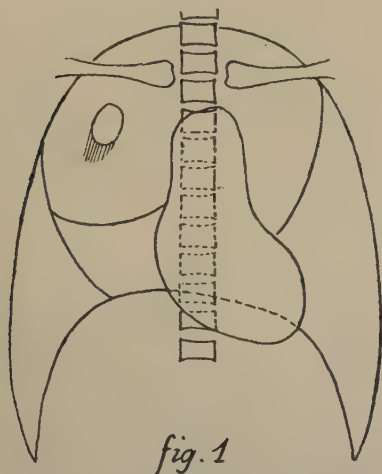


fig. 1

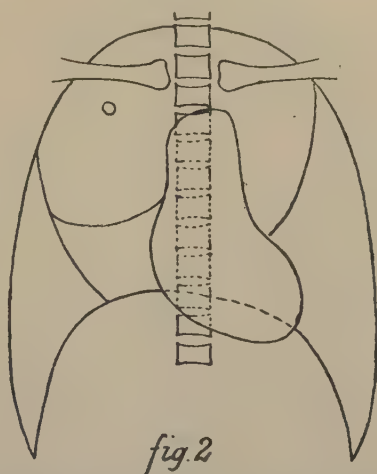


fig. 2

Ces crachats hémoptoïques ne persistent que 3 ou 4 jours, puis l'expectoration redevient banale, mais abondante, 150 cc. environ d'un liquide séro-purulent, gris-verdâtre, aéré, non fétide, d'odeur aigrelette.

En même temps, la malade est reprise d'un point de côté axillaire droit, violent, tenace, irradiant sous l'omoplate et en avant sous le sein.

La température remonte progressivement depuis le 24 Février de 1° par jour, avec rémission matinale, et atteint 40°2 le 28 Février ; elle reste alors à grandes oscillations avec maximum à 40°, minimum à 38°5. C'est à ce moment, 28 Février—1^{er} Mars, que l'état de la malade semble le plus touché ; elle se plaint de dysphagie, d'anorexie, de constipation et de nausées, d'agitation et d'insomnie avec cauchemars ; sa bouche est pâteuse, et son aspect traduit l'infection, le facies reste bon et coloré, mais la langue est saburrale, l'haleine légèrement fétide, le pouls rapide à 110, les urines peu abondantes ne contiennent ni albumine, ni sucre.

L'examen physique, par contre, est décevant, et rien ne permet d'expliquer la fièvre, ni les amygdales un peu rouges, sans points blancs, ni l'état du poumon ; à peine constate-t-on une zone de submatité au sommet droit avec retentissement de la voix et de la toux, mais l'absence de souffle ne permet pas d'affirmer un syndrome cavitare.

Le cœur, le foie, l'abdomen sont normaux, la tension artérielle est à 15-10.

On pratique alors une radiographie qui révèle une image de caverne du lobe supérieur droit, arrondie, légèrement allongée dans le sens vertical, de la grosseur d'une pièce de 5 francs, mais sans niveau liquide (*fig. 1*).

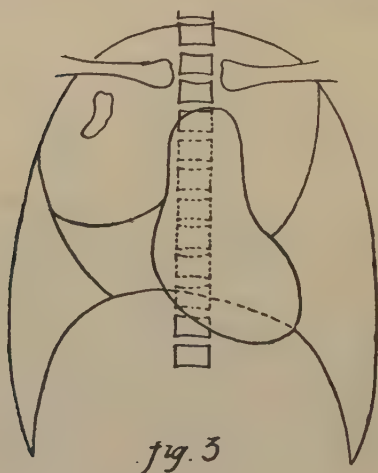


fig. 3

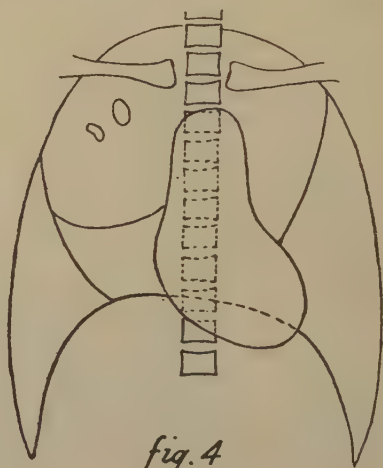


fig. 4

L'examen des crachats a montré une flore microbienne peu abondante avec quelques pneumocoques et absence de spirochètes.

Une hémoculture, un séro-diagnostic sont restés négatifs.

La formule cytologique du sang est la suivante :

Globules rouges	3.490.000
Globules blancs	17.800
Urée du sang, p. 1.000.	0.43

Antécédents. — La malade, de santé plutôt débile, a été réglée à 17 ans, ses règles sont irrégulières ; elle est depuis 2 ans à Paris, elle tousse fréquemment l'hiver. En 1928, pendant un an, elle a présenté de la diarrhée à type post-prandial, (mais une seule ou deux selles par jour) que l'on a mise sur le compte d'une entérite ; cette diarrhée a cessé avec un chan-

gement de régime alimentaire et des ferments lactiques. Depuis, elle n'a plus jamais présenté de diarrhée, son entourage se porte bien et elle n'a jamais quitté Paris et n'a pas été en contact avec des dysentériques.

Bien qu'il n'existe aucune raison de penser à un abcès amibien du poumon, on a institué systématiquement, le 2 Mars, un traitement par le chlorhydrate d'émétine. La malade reçoit, 6 jours de suite, une injection sous-cutanée de 6 cgr. de chlorhydrate d'émétine. Elle prend en même temps, 2 fois par jour, un comprimé de 0 gr. 25 de stovarsol.

Dès le début de ce traitement, une amélioration considérable se manifeste ; la fièvre tombe rapidement et à partir du 4 Mars, la tempé-

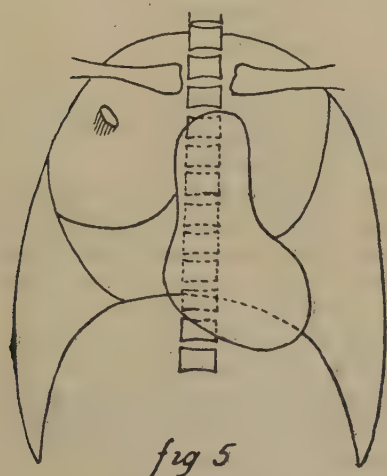


fig 5

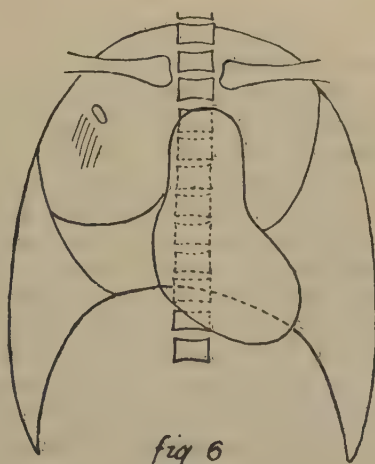


fig 6

rature est stabilisée entre 37° et 37°5. L'état général surtout devient meilleur. Mais la toux persiste, l'expectoration qui était encore de 300 cc. le 5 Mars, tombe à 150 cc., puis à 50 cc. quelques jours plus tard. Les signes d'auscultation disparaissent complètement. De nouvelles radiographies, pratiquées chaque semaine, montrent la diminution graduelle de l'image cavitaire qui n'a plus, le 30 Mars, que le diamètre d'une pièce de 50 centimes (*fig. 2*). Trois injections de 0 gr.04 d'émétine sont encore pratiquées les 22, 23 et 24 Mars.

Mais, le 1^{er} Avril, la température qui était redevenue normale, remonte brusquement à 38° et 39°5. La malade recommence à tousser, elle se plaint d'un point de côté droit violent, irradiant dans le bras. La dysphagie reparaît. L'état général est mauvais, avec frissons, céphalée, anorexie, insomnie. Les crachats restent cependant peu abondants, 20 cc. et non fétides. Une grosse adénopathie inflammatoire de la grosseur d'une noix apparaît immédiatement au-dessus de la clavicule droite, correspondant certainement à l'abcès pulmonaire du lobe supérieur.

Deux nouvelles radiographies montrent que le premier abcès du poumon s'est largement étendu par le bas, en un point où existait auparavant une petite zone opaque à la radiographie (*fig. 3*).

Quatre injections de 0 gr. 06 de chlorhydrate d'émétine sont pratiquées à partir du 8 Avril.

A partir du 13 Avril, la température revient à 37°5, puis se maintient en plateau entre 37°5 le matin et 38° le soir. L'état de la malade s'améliore de nouveau, elle tousse moins, la courbe des crachats est de 25 cc. par jour, elle est reprise d'appétit, elle recommence à dormir, sa tension artérielle est à 11-6.

A l'examen, il n'existe plus de symptômes pulmonaires, mais au niveau du creux claviculaire droit persiste un ganglion de la grosseur d'une noisette, dur, légèrement douloureux, mobile ; il n'y a pas d'adénopathie au creux axillaire.

Une radio, pratiquée le 17 Avril, montre au-dessous et à droite de l'image cavitaires déjà existante, une autre image plus petite ; une radio, pratiquée le 24 Avril, confirme ce tableau radiologique (*fig. 4*).

On reprend le traitement émetinien le 24 Avril, d'abord pendant 4 jours, 0 gr. 06 d'émétine de l'Assistance, mais, comme la malade présente des douleurs et des vomissements, on remplace l'émétine de l'Assistance par de l'émétine Bruneau, à raison de 0 gr. 04 par jour. On arrête l'émétine le 3 Mai, c'est-à-dire après 11 injections. A ce moment, à côté du gros ganglion sous-claviculaire, est apparu un second ganglion plus petit, mais les jours suivants, l'adénopathie commence à régresser.

Fin Mai, la malade est en pleine convalescence, elle ne tousse plus, ni ne crache, a repris du poids et commence à sortir; elle demande à partir achever sa guérison à la campagne (*fig. 5 et 6*).

Les deux observations que nous rapportons sont donc 2 cas d'abcès du poumon, rapidement et singulièrement améliorés par l'émétine. La première observation est la plus probante, étant donné la gravité de l'état du malade à son entrée à l'hôpital. Malgré l'absence presque constante de fièvre, il existait une toux pénible et une expectoration abondante et fétide ; l'examen physique du thorax était presque absolument négatif, mais la radiographie montrait un abcès du volume d'une orange, avec un gros niveau de liquide. Les injections sous-cutanées de 0 gr. 06 de chlorhydrate d'émétine firent disparaître la fétidité des crachats, qui avait résisté à l'hyposulfite de soude et à 2 injections intraveineuses de novarsénobenzol. Après 6 jours d'interruption, 5 nouvelles injections d'émétine sont pratiquées, l'expectoration disparaît, le malade se déclare guéri. Une radiographie, pratiquée 14 jours après le début du traitement émeti-

nien, montre une diminution considérable de l'abcès pulmonaire qui, du volume d'une orange, est passé à celui d'une amande. Le malade engraisse rapidement de 8 kgs.

Il sort de l'hôpital mais y rentre quelques jours après avec une légère reprise des accidents pulmonaires, rechute qui cède d'ailleurs vite à de nouvelles injections, d'abord intraveineuses, puis sous-cutanées, d'émétine.

Depuis Février, il reste en très bon état et la radiographie montre la disparition presque totale du foyer pulmonaire.

La seconde observation est celle d'une jeune femme qui, après une courte période fébrile au début de Février, présente, à la fin du mois, un abcès pulmonaire de la partie supérieure du poumon droit, du volume d'une pièce de 1 franc, avec fièvre à 40° et expectoration abondante mais non fétide. Pendant 6 jours de suite, la malade reçoit quotidiennement 0 gr. 06 de chlorhydrate d'émétine et 0 gr. 50 de stovarsol. En 3 jours, la fièvre tombe, les crachats diminuent beaucoup d'abondance, et l'état général se transforme. Cependant, la poche pulmonaire persiste à la radiographie sans grande modification. L'état reste satisfaisant pendant 1 mois, puis une rechute apparaît avec ascension de la fièvre à 39°5, réapparition d'un point de côté droit, et, fait exceptionnel, apparition d'une grosse adénopathie sous-claviculaire correspondant au siège juxta-apical de l'abcès du poumon. Celui-ci s'étend à la radiographie et un foyer de condensation pulmonaire, qu'on notait au-dessous de l'abcès, commence à s'excaver. Une nouvelle série d'injections d'émétine arrête cette reprise des accidents, et actuellement la malade peut être considérée comme guérie.

Rien dans l'histoire de ces deux malades ne permettait d'affirmer l'amibiase. Le premier malade avait séjourné en Algérie, de 1891 à 1895, mais n'avait, ni alors, ni depuis, présenté de troubles intestinaux. La seconde malade n'avait jamais quitté la France et n'avait pas été en contact avec des dysentériques. Des examens répétés n'ont décelé la présence d'amibes ni dans les selles, ni dans les crachats. C'est donc systématiquement que nous avons employé chez eux l'émétine. Or, chez le premier malade, les résultats de ce traitement ont été aussi rapides et aussi bons que ceux qui ont été publiés dans les abcès certainement amibiens du poumon. Moins brillant dans le

second cas, l'effet du traitement émétinien est cependant resté des plus satisfaisants. Faut-il, en se basant seulement sur l'action rapide de l'émétine, conclure que ces deux abcès étaient des abcès amibiens du poumon ? Nous ne le croyons pas, et cette interprétation nous semblerait fausser la signification des faits observés.

Plus récemment encore (28 juin 1929), frappé par la guérison rapide de nombreux abcès du poumon, dont autrefois l'évolution était regardée comme fatale, BEZANÇON publie une série d'observations. De celles-ci nous extrayons la première où l'action de l'émétine semble vraiment nette.

« Mme COP..., 31 ans, entre le 8 Avril 1929, salle Hanot n° 11. Au début de Mars, elle a été atteinte d'une pneumonie franche aiguë siégeant à droite, absolument prouvée par l'anamnèse.

Mais, dans la quinzaine qui suit la crise, la malade maigrit de jour en jour, si bien qu'elle aura perdu 10 kgs. en un mois. Elle se met à tousser et expectore abondamment. Nous nous trouvons en présence d'une femme au faciès vultueux qui toussait presque sans arrêt, expectorant du pus. L'examen pulmonaire décèle une matité sous-claviculaire droite avec souffle aux deux temps à timbre tubaire et gargouillement après la toux.

En arrière, la matité s'étend aux deux-tiers supérieurs du poumon droit ; le souffle et les gargouillements s'entendent dans la région sus-épineuse. Dans l'aisselle, le souffle a un timbre amphorique.

La dyspnée est légère, non perçue par la malade, mais nette au cours de l'interrogatoire ; de temps en temps, l'haleine est mal odorante mais non fétide.

L'expectoration qui va atteindre 200 gr. en 24 heures ne contient pas de B. K. mais des pneumocoques en abondance : il n'a pas été trouvé de fibres élastiques.

La température est à 37°5. L'évolution se fait vers la guérison avec une étonnante rapidité.

Après quelques oscillations entre 37° et 38°, l'apyrexie s'établit. La malade engraisse de 3 kgs. en 12 jours. L'expectoration, du 8 au 12 Avril, se maintient au taux de 200 à 250 cc, puis brusquement diminue : 250 cc. le 12, 150 cc. le 13 Avril, puis 80 cc. le 14, 40 cc. le 15, moins de 20 cc. les jours suivants.

Les signes d'auscultation disparaissent dans le même délai au départ de la malade, le 20 Avril ; on ne trouve plus de matité, on n'entend plus de bruits anormaux, seule la rudesse du murmure peut être notée dans

une zone où, douze jours auparavant, existaient les signes caverneux les plus évidents.

Le traitement a consisté en injections sous-cutanées quotidiennes de 5 cc. d'huile goménolée et, à partir du 12 Avril, en injections sous-cutanées quotidiennes de 0 gr. 04 de chlorhydrate d'émétine, soit en tout 0 gr. 36.

Depuis sa sortie, cette femme a repris ses occupations habituelles. Elle ne tousse plus ni ne crache plus pendant 3 semaines. Revue récemment, elle se plaint de cracher de nouveau, mais refuse d'entrer à l'hôpital. Cette évolution a été mise sous nos yeux, par des radiographies successives. Le 9 Avril, on voit une image hydroaérique dans le tiers supérieur du poumon droit. La partie inférieure de cette image opaque peut évoquer l'idée d'une collection interlobaire, mais on y distingue une ombre vraiment liquidienne en forme de cupule et une zone moins régulièrement opaque, située au-dessous et de part et d'autre. La partie supérieure de l'image est une bulle gazeuse, séparée de la partie la plus dense par une ligne de niveau.

Cette bulle reste à distance de la paroi et du médiastin.

Le 15 Avril, on voit une image cavitaire, ovoïde, à grand axe vertical, sans niveau liquide; au-dessous et en dehors, un triangle opaque à base externe occupe la pointe du lobe supérieur. Le 19 Avril, l'image est analogue et comme rétrécie. Le 26 Avril, même aspect, les ombres anormales tendent à s'effacer. Le 8 Mai, l'image cavitaire est fort discutable : on distingue, dans la région des ombres curvilignes, qui en dessinent incomplètement l'ancien contour.

En résumé, cette malade, dans le mois qui a suivi la défervescence d'une pneumonie franche, a présenté au voisinage de l'interlobe les signes d'une suppuration pulmonaire à pneumocoques avec vomique fractionnée. L'amélioration extrêmement rapide des signes locaux et généraux, s'est manifestée à l'hôpital dès le début du traitement par l'émétine et ne s'est pas démentie dans le mois qui a suivi la sortie de la malade ».

Si maintenant nous parcourons les auteurs étrangers, nous voyons que la question du traitement des abcès pulmonaires non amibiens par le chlorhydrate d'émétine est à l'ordre du jour dans d'autres pays.

C'est ainsi que S. IAGNOV, de Bucarest, publie dans les *Annales de Médecine*, du 2 juillet 1928, une série d'observations que nous reproduisons intégralement :

OBSERVATION I

M. ION..., âgé de 20 ans, fonctionnaire, souffre de fièvre, de toux, avec expectoration abondante, pyo-sanguinolente.

Antécédents personnels. — Dans son enfance, rougeole et angine diphtérique, en 1923, légère hémoptysie; il nie toute autre affection.

Historique. — La maladie a débuté un mois auparavant par frisson, toux et douleur dans l'hémithorax droit. Diagnostic posé, pneumonie du côté droit. Après 2 semaines, la fièvre se maintient élevée, le malade continue à tousser et à expectorer abondamment, les crachats sont fétides et purulents. Plusieurs médecins consultés admettent le diagnostic de tuberculose pulmonaire.

Etat actuel. — Le malade est légèrement févreux, 37°8, transpire abondamment, se sent faible, a de la dyspnée, une toux fréquente et une expectoration purulente striée de sang; le malade a, pendant la nuit et le matin, de véritables vomiques.

A l'examen pulmonaire. — La percussion à la base droite montre une zone circonscrite de matité; à l'auscultation, on perçoit des râles crépitants. Dans le reste des poumons, rien de perceptible cliniquement.

Appareil respiratoire : pouls 85, rien d'anormal.

Le foie ne dépasse pas les fausses côtes, il n'est pas douloureux à la pression.

La rate est facilement perceptible.

Pendant toute la durée de la maladie, la fièvre a été modérée variant entre 36°5 et 38°.

L'examen bactériologique des crachats indique : cellules épithéliales, pavimenteuses, leucocytes, polynucléaires et hématies. La flore microbienne est composée de pneumocoques, cocci, microcoques catarrhali, bacilles à Gram + et -. Pas de fibres élastiques. La recherche du B. K. est négative.

Examen radioscopique. — Obscurité du sommet droit; les sommets s'illuminent à la toux, les ombres hilaires sont accentuées.

Obscurité intense à la base de l'hémithorax droit. Dans la zone obscure, on distingue deux zones claires à contours circulaires irréguliers, visibles plus nettement par derrière. D'épaisses adhérences pleurales, mobilisent le diaphragme droit.

Les symptômes cliniques ainsi que l'image radiologique plaident pour un abcès pulmonaire post-pneumonique. Le malade reçoit 5 injec-

tions sous-cutanées à 0 gr. 04 de chlorhydrate d'émétine faites chaque 2 jours. Dès les premières injections, la toux s'affaiblit, l'expectoration perd sa fétidité et diminue quantitativement. Le crachat ne présente plus de sang, diminue de lui-même, puis disparaît. Le malade se sent bien et après quelque temps reprend ses occupations.

OBSERVATION II.

M. NICT..., âgé de 22 ans, vient à l'hôpital le 20 Décembre 1925, pour toux avec expectoration purulente, fièvre, faiblesse générale.

Il est malade depuis 2 mois, sa maladie a débuté par de la fièvre, une douleur aiguë dans l'hémithorax droit, de la toux sans expectoration. 10 jours après la fin de la maladie, l'expectoration devient abondante et fétide, le malade consulte plusieurs médecins qui lui disent qu'il est atteint de tuberculose pulmonaire.

Après quelque temps, le malade rentre dans le service médical 2 de l'hôpital Philantropia, où on a pensé à une pleurésie purulente. Les ponctions pleurales ont été négatives. A sa sortie de l'hôpital, le malade vient chez nous présentant les symptômes subjectifs suivants :

Faiblesse, respiration fétide, toux avec expectoration en quantité, muco-purulente.

Appareil respiratoire. — Matité prononcée au niveau du lobe moyen droit, sans être suspendue, étant prolongée sur la face postérieure du lobe inférieur droit. A l'auscultation, on perçoit quelques râles crépitants, rien d'anormal dans les autres organes. L'examen des crachats ne montre ni B. K., ni fibres élastiques.

L'examen radioscopique confirme l'existence d'un abcès pulmonaire dans le lobe moyen droit. On fait au malade 12 injections sous-cutanées de chlorhydrate d'émétine aux doses de 0 gr. 03 ; après les premières injections, l'expectoration diminue. L'état général du malade s'améliore. Au cours du traitement, les phénomènes morbides faiblissent, pour disparaître complètement.

Le malade est aujourd'hui complètement rétabli et est devenu laitier de l'hôpital Colentina.

OBSERVATION III.

Le malade GHST..., fonctionnaire, 50 ans, entre dans le service des maladies contagieuses de l'hôpital Colentina, le 12 Juillet 1925, pour faiblesse, fièvre, toux avec expectoration abondante.

Antécédents héréditaires et collatéraux sans importance.

Antécédents personnels. — Il y a quelques années, il a eu une pneumonie, une blennorrhagie et un chancre.

Historique. — La maladie a débuté brusquement 1 mois avant, avec température élevée, frissons violents, douleurs aiguës, toux avec légère expectoration. La fièvre se maintient élevée pendant 8 jours. Après cela, la toux devient fréquente, l'expectoration abondante et fétide. Un médecin consulté établit le diagnostic de caverne pulmonaire tuberculeuse. Le malade se sent mal, les symptômes s'accroissent, à son entrée à l'hôpital Colentina, l'état du malade est le suivant : fièvre, dyspnée, toux et expectoration fétide, abondante.

Appareil respiratoire. — Dans la zone sous-épineuse gauche, matité s'étendant jusqu'à la hauteur de l'angle de l'omoplate. A l'auscultation, on perçoit au même niveau quelques râles crépitants.

Respiration broncho-vésiculaire à la base droite, 36 respirations par minute. Appareil circulatoire, la pointe du cœur se trouve dans le 5^e espace intercostal gauche. Les bruits sont légèrement sourds, réguliers. Pouls à 120. T. A. 13-7. Le foie dépasse les fausses côtes de la largeur de trois doigts. La rate n'est pas perceptible. Les réflexes sont normaux.

L'examen microscopique des crachats présente : polynucléaires, pneumocoques, les B. K. manquent. L'urine a un léger nuage d'albumine.

Examen de radio. — Obscurité intense suspendue dans la moitié supérieure de l'hémithorax gauche. L'obscurité a une limite arrondie vers le bas et en haut un niveau horizontal. Conclusion de l'examen radioscopique : Abscès pulmonaire à grande rétention.

Le malade reçoit 6 injections à 0 gr. 04 de chlorhydrate d'émétine. Les injections se font tous les 2 jours. Dès la première injection, la température commence à baisser, 37°8 au lieu de 38°7. La fièvre se maintient encore 3 jours avec oscillations. Le 5^e jour après le début du traitement, la température monte à 40°, puis tombe brusquement et se maintient tout le reste du temps au-dessous de 37°. L'état général s'améliore chaque jour, la toux est moins fréquente, l'expectoration diminue et perd sa fétidité. Le malade quitte l'hôpital 17 jours après son entrée, complètement rétabli.

OBSERVATION IV.

M^{me} LÉNUTA I., 25 ans, entre dans le service le 30 Juillet 1926, pour fièvre, toux, expectoration fétide.

Antécédents héréditaires et collatéraux : père mort à la suite d'une bronchite.

Antécédents personnels. — Rougeole, scarlatine et fièvre typhoïde, son bras gauche a été amputé il y a 7 ans, à la suite d'un accident ; elle a été réglée à 14 ans, les règles sont régulières, elle a eu une grossesse avec accouchement à terme d'un enfant mort.

Histoire de la maladie. — 3 semaines avant son entrée à l'hôpital, elle a eu un frisson nocturne suivi de température élevée, dyspnée et toux. 2 semaines après sa maladie, la toux devient plus fréquente, l'expectoration fétide.

Etat actuel. — La malade est de constitution fébrile, fébricitante, température à 38°, toux avec expectoration fétide.

Appareil respiratoire. — Râles de bronchite diffus dans les deux poumons. A la base droite, on entend un foyer de souffles crépitants et à la percussion, on constate à la même place une matité prononcée.

Appareil circulatoire : normal, pouls à 66.

Appareil digestif : rien de particulier, la rate n'est pas perceptible.

Pas de B.K. dans les crachats ni les matières fécales.

La réaction de B. W. dans le sang est négative.

L'examen des crachats montre des polynucléaires et quelques hématies. L'urine ne contient pas d'albumine. On administre à la malade des expectorants. L'expectoration continue à être fétide et abondante. Les phénomènes congestifs et la matité à la base droite se maintiennent ; on pose le diagnostic d'abcès pulmonaire et on institue le traitement au chlorhydrate d'émétine. Les injections faites sont au nombre de 12. Le 2 Septembre 1926, la malade quitte l'hôpital complètement guérie.

OBSERVATION V.

M. CONSTANTIN, âgé de 33 ans, ouvrier, entre le 9 Septembre 1926, dans le service, pour douleur dans l'hémithorax gauche, toux avec expectoration fétide.

Les antécédents héréditaires et collatéraux sont sans importance.

Antécédents personnels. — Use d'alcool et de tabac, aucune maladie infectieuse ni contagieuse.

La maladie a débuté brusquement avec frissons pendant que l'homme travaillait aux champs ; il y a eu ensuite une douleur aiguë au-dessous du mamelon gauche, dyspnée, toux. Il est entré à l'hôpital, d'où il est sorti après 2 semaines, sans fièvre et se sentant beaucoup mieux. Mais il continuait à maigrir et à avoir une toux fétide. Il vient à Bucarest et entre à l'hôpital Colentina.

Etat actuel. — Le malade a de la fièvre, 38°5, il est faible, tousse fréquemment et a une expectoration fétide.

Appareil respiratoire. — Matité dans la fosse sous-claviculaire gauche, râles sous-crépitaux au même endroit. Dans le reste des poumons, aucune modification de tonalité, respiration soufflante.

Appareil circulatoire : les battements du cœur sont réguliers, le pouls à 120, le foie dépasse les fausses côtes de deux doigts, la rate n'est pas perceptible. On n'a pas trouvé de B. K. dans les crachats.

L'examen de l'expectoration indique des cellules pavimenteuses buccales, des polynucléaires, des hématies. La réaction de B. W. est négative. L'urine contient un nuage d'albumine, pas de sucre. Diagnostic : Abcès post-pneumonique. Le malade reçoit 7 injections sous-cutanées à intervalle d'un jour, à 0 gr. 01 d'émétine chacune.

L'expectoration diminue graduellement en quantité, la température baisse et le malade quitte le service le 24 Septembre, sur sa demande, allant beaucoup mieux.

OBSERVATION VI.

M. MUZA V., 36 ans, magasinier, entre le 26 Septembre 1926, pour fièvre, expectoration muco-purulente et fétide.

Antécédents héréditaires et collatéraux : un frère mort de tuberculose.

Antécédents personnels. — Vieux tousseur, a souffert du paludisme, nie toute maladie vénérienne.

Historique. — La maladie actuelle a débuté, il y a 1 mois, avec frissons intenses suivis de fièvre, sudation. 4 jours après, il a commencé à tousser et à expectorer. Après environ 2 semaines, l'expectoration est devenue fétide et muco-purulente, sudation abondante.

Etat actuel. — Le malade est débilité, transpire, tousse et expectore abondamment. Les crachats sont fétides et muco-purulents.

Appareil respiratoire. — Sonorité exagérée du poumon droit. Sur toute son étendue, râles de bronchite diffus. Le poumon gauche présente une matité prononcée dans la fosse sous-claviculaire gauche, râles crépitaux à la même place. Tout le long du poumon gauche, on entend des râles sibilants et ronflants.

Appareil circulatoire. — La matité précordiale est réduite, on perçoit un bruit de galop, T. A. 17-7. Le foie déborde les fausses côtes de deux travers de doigts, la rate est perceptible sur quatre travers de

doigts, l'examen des crachats indique des pneumocoques, polynucléaires, cellules pavimenteuses, pas de B. K. ni de spirilles. L'urine contient un nuage d'albumine.

On pose le diagnostic d'emphysème pulmonaire, bronchite chronique, abcès pulmonaire.

Le malade reçoit des injections sous-cutanées de chlorhydrate d'émétine de 0 gr. 02 par injection, à intervalle de 2 jours. Il quitte le service le 17 Septembre de la même année ; son état est meilleur, la toux a diminué, l'expectoration de même, la fétidité a complètement disparu.

OBSERVATION VII.

M. W. B..., âgé de 17 ans, fonctionnaire, entre au service des maladies contagieuses le 29 Novembre 1926, pour fièvre, toux avec expectoration purulente et fétide.

Antécédents héréditaires et collatéraux : son père est mort de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. — Varicelle à 8 ans, pas d'autres maladies contagieuses, n'use pas d'alcool ni de tabac.

Historique. — La maladie a débuté 3 semaines auparavant avec coryza, laryngite, frisson et hyperthermie.

Le malade a pris des antithermiques qui ont fait disparaître les symptômes ci-dessus. Quelques jours après, il a commencé à tousser, à expectorer des crachats purulents et fétides ; il a beaucoup maigri et n'a pu pourvoir à ses occupations.

Etat actuel. — Le malade est très affaibli, a de l'inappétence, de fortes quintes de toux, expectoration à caractère de vomiques fétides et purulentes.

Appareil respiratoire. — Le poumon gauche a, à sa base, une zone de matité avec vibrations exagérées ; à l'auscultation, des râles sous-crépitants.

Le poumon droit a des modifications respiratoires dans la fosse sus-épineuse droite, avec légère matité à la même place.

Appareil circulatoire. — La pointe bat dans le cinquième espace intercostal gauche, bruit claquant de l'artère pulmonaire, pouls à 80.

La rate est percutable sur la largeur de trois doigts.

Le foie ne dépasse pas les fausses côtes.

L'examen bactériologique des crachats indique des pneumocoques, des leucocytes, des cellules pavimenteuses, pas de B. K. ni de spirilles.

On établit le diagnostic d'abcès pulmonaire gauche, et on recourt au traitement de chlorhydrate d'émétine à intervalle de 2 jours. Les doses injectées ont été de 0 gr. 01. Dès les premières injections, on a observé une amélioration dans l'état du malade. La température baisse, l'expectoration diminue, l'appétit devient meilleur. Le malade quitte le service le 15 Décembre 1926, complètement rétabli ».

LAGNOV conclut de la façon suivante :

« L'étude des 7 observations qui précèdent montre que dans les cas d'abcès pulmonaire, le chlorhydrate d'émétine a eu une vive action sur la maladie. Les phénomènes cliniques manifestés par les malades s'amendent graduellement à mesure du traitement pour disparaître complètement à la fin.

Un seul des sept malades soignés par nous a quitté l'hôpital (observation 4), gardant, quoique amélioré, l'expectoration purulente avec laquelle il était venu. Nous n'avons pas eu l'occasion de rencontrer de cas résistant suffisamment à l'action de l'émétine pour nous obliger à associer à ce traitement les autres essais thérapeutiques usuels. Les résultats obtenus par nous coïncident, par leur efficacité, avec ceux observés à la clinique thérapeutique de Bucarest dans le traitement des bronchites fétides et des gangrènes pulmonaires. L'examen des crachats fait chez tous les malades, a indiqué une flore microbienne polymorphe. Dans trois cas seulement, on a trouvé des spirilles (observation 3, 5 et 6).

Le bon résultat du chlorhydrate d'émétine, s'avérant aussi bien dans les cas sans spirilles, ne peut nous faire penser à une action élective de l'émétine sur les spirilles ; de même, nous ne pouvons considérer le spirille comme le microbe principal des abcès pulmonaires. La guérison de nos malades s'est faite en moyenne en deux ou trois semaines. Les doses de chlorhydrate d'émétine injecté journellement ont varié entre 0,01 et 0,02 cgr. La quantité totale d'émétine utilisée pour chaque malade a été de 1 à 1 gr. 50. »

IV.

L'ÉMÉTINE

I. — SA CONSTITUTION

L'émétine, l'un des trois alcaloïdes de l'ipécacuanha, se présente à l'état pur sous l'aspect d'une substance blanche qui jaunit à l'air. Elle est inodore, d'une saveur âcre, légèrement amère, soluble dans l'alcool et dans l'éther, peu soluble dans l'eau froide, mais assez soluble dans l'eau chaude. L'émétine est cristallisable et a une réaction alcaline : elle sature les acides, en donnant des sels définis et cristallisables.

C'est l'ipéca annelé qui en contient le plus.

On sait que sous la dénomination générale Ipéca, abréviation du mot brésilien ipécacuanha, on désigne les racines de différentes Rubiacées, toutes douées de propriétés vomitives. On n'emploie en France que l'ipéca annelé, le seul officinal, la véritable racine d'or, fournie par l'Uragoga ou Céphaelis Ipécacuanha du Brésil.

L'ipéca renferme une huile volatile, d'odeur nauséabonde, douée d'une action énergiquement irritante, certaines substances peu actives (amidon, gomme, tanin, cire, matières grasses, acide ipécacuanhique).

Deux principes actifs :

L'émétine : $C^{15} H^{22} Az O^2$, alcaloïde découvert par PELLETIER et MAGENDIE (en proportion de 1,45 % dans l'ipéca du Brésil.

La céphéline : $C^{14} H^{22} Az O^2$ (0,52 %), isolée par PAUL et COWNBY.

En outre, la *psychotrine* (0,04 %).

L'émétine est de la céphéline dans laquelle un groupe CH^3 a été substitué à un atome d'hydrogène.

On emploie les sels, de préférence le chlorhydrate d'émétine, qui doit donner dans l'eau une solution incolore de réaction neutre : il importe que ces solutions soient exemptes de céphéline. L'émétine étant détruite à 100°, on ne peut stériliser les solutions que par la tyndallisation.

II. — SES PROPRIÉTÉS PHYSIOLOGIQUES

L'action physiologique de l'émétine découle des expériences de MAUREL (1914) et PLUMIER-CLERMONT (1919).

MAUREL, faisant une plaie sur la membrane interdigitale de la grenouille, a noté, après injection d'émétine dans la cuisse, de la vasoconstriction : la circulation devient plus rapide dans les points où elle était ralentie et même se rétablit dans les vaisseaux où elle était arrêtée.

PLUMIER-CLERMONT opère sur des chiens anesthésiés. Il injecte du chlorhydrate d'émétine par voie veineuse en prenant la pression à la fois dans la carotide, les vaisseaux pulmonaires et l'oreillette gauche. A dose toxique, c'est-à-dire à plus de 0 gr. 005 par kilog, il observe très rapidement la chute de la pression sanguine, aussi bien dans la circulation pulmonaire que dans la circulation générale, du ralentissement du pouls, et enfin, l'arrêt du cœur.

A dose non toxique, il se produit l'accélération du pouls, une diminution de pression dans la carotide, une augmentation dans l'artère pulmonaire, une augmentation légère dans l'oreillette gauche et la veine pulmonaire, une accélération de la circulation dans les vaisseaux pulmonaires. En même temps, le médicament produit une plus grande amplitude de la systole cardiaque.

On trouve donc : *circulation accélérée et volume moindre de sang dans le poumon*, ce qui empêche tout stase pulmonaire et explique en partie l'action décongestionnante du chlorhydrate d'émétine.

L'émétine, d'une façon moins prononcée que la céphéline, provoque le *vomissement*, aussi bien par action directe que par action réflexe. On doit faire dépendre de cette excitation bulbaire l'accélération des mouvements respiratoires et l'hyperhémie pulmonaire considérable que l'on constate à l'autopsie des animaux qui ont succombé à une injection intraveineuse.

D'après POUCHET : « L'émétine possède en outre, une action contracturante sur les fibres musculaires lisses, et, lors de ses manifestations toxiques, c'est-à-dire à fortes doses, une action paralysante sur les fibres musculaires striées ».

C'est une *action sur les fibres musculaires lisses* des vaisseaux qui explique le pouvoir anti-hémorragique de l'émétine.

La *muqueuse intestinale* comme l'*épithélium rénal* sont nettement influencés par le médicament, ce phénomène est corrélatif de l'élimination par la muqueuse des principes actifs de l'ipéca.

E. WEIL a constaté que l'émétine à la dose habituelle de 0,04 cgr. en injections sous-cutanées, modifie et raccourcit le *temps de saignement*.

Suivant POUCHET, l'ipéca exerce une *action déprimante sur les fonctions du système nerveux central*. On trouve une explication de cette propriété atténuante du pouvoir excito-réflexe de la moëlle dans son emploi comme anti-convulsivant, par exemple, dans les cas de toux spasmodique.

Les *sécrétions nasales et bronchiques* sont nettement influencées par l'émétine. Le mucus est rendu plus fluide et plus abondant, ce qui favorise l'expectoration et modifie la toux.

Cet effet est un des plus importants utilisés en thérapeutique ; c'est ce qui permet, suivant l'expression de A. ROBIN, « le curage des bronches ».

III. — SON ACTION THÉRAPEUTIQUE

a) *Action antiparasitaire*. — L'action amœbicide de l'émétine est, sans conteste, la plus connue et certainement la plus importante.

C'est ROGERS, de Calcutta, en 1912, qui le premier s'est servi de l'émétine dans le traitement de l'amibiase.

Il a montré qu'*in vitro*, une solution à 1 pour 10.000 tue instantanément les amibes ; cette action se conserve *in vivo* puisqu'on peut stériliser les abcès en évolution, mais elle est moins complète puisqu'il peut persister dans les matières des kystes amibiens et que des rechutes sont possibles.

C'est CHAUFFARD qui introduisit le premier en France cette médication spécifique de la dysenterie amibienne et de ses complications, tant hépatiques que pulmonaires.

De nombreux travaux sont venus depuis préciser ces indications ; d'après FRANÇON et HUTINEL : « A la période de nécrose et même à la période de liquéfaction présuppurative, l'émétine termine rapidement l'hépatique amibienne (ce sont les hépatites abortives-FRANÇON, thèse de Paris, 1919). Même au début de la période phlegmoneuse, le traitement médical guérit à lui seul. L'émétine agit en 24 et 48 heures. Si au bout de 5 jours, une semaine au plus, une amélioration nette n'est pas obtenue, on passera la main au chirurgien ».

Ce n'est pas seulement contre l'amibe qu'est employé l'émétine, mais son action est également efficace dans d'autres maladies parasitaires : les leishmanioses, les flagelloses, les bilharzioses, le kala-azar, les coccidioses.

b) *Action anti-microbienne.* — De nombreuses expériences *in vitro* et *in vivo* ont été pratiquées par S. IAGNOV, de Bucarest.

Des expériences *in vitro*, on ne peut déduire une influence de l'émétine sur les microbes : staphylocoques, colibacille, bacille dysentérique, perfringens.

Les expériences *in vitro* n'ont pas été pratiquées sur les spirochètes.

Les expériences *in vivo*, pratiquées sur des souris, ont donné de meilleurs résultats ; les voici tels que les rapporte IAGNOV lui-même :

« Pour les *staphylocoques* : les animaux infectés non traités à l'émétine, donnent une mortalité de 25 %. Les animaux infectés traités à l'émétine, donnent une mortalité de 15 %.

Pour le *streptocoque* : la mortalité des animaux infectés, non traités à l'émétine, est de 50 %. La mortalité des animaux infectés traités à l'émétine, est de 0.

Pour le *pneumocoque* : les animaux infectés non traités à l'émétine donnent une mortalité de 72 %. Les animaux infectés traités à l'émétine donnent une mortalité de 6,66 %.

Les expériences les plus probantes sont celles avec le pneumocoque, ce microbe est plus virulent chez les souris, ce qui favorise une plus juste appréciation de l'action de l'émétine. Une remarque générale, très caractéristique pour la valeur thérapeutique de l'émétine, est la suivante : chez les animaux traités à l'émétine, alors même qu'ils sont morts, on n'a pas constaté une septicémie qui soit causée par le microbe nocif. Les cultures faites sur section du cœur ont indiqué des microbes GRAM négatifs, d'origine intestinale. Ceci pourrait être la conséquence d'une erreur dans la technique du traitement ; il se peut qu'on ait laissé échapper une dose trop grande d'émétine ou bien que la souris inoculée ait été impropre à l'expérience.

Une autre constatation intéressante est que toutes les souris de contrôle dans les expériences au staphylocoque ont fait des nécroses locales au point d'inoculation, tandis que l'inoculation du staphylocoque chez les souris traitées à l'émétine n'a pas produit de nécrose locale. Nous considérons ce fait comme une autre preuve de l'efficacité de l'émétine. De cette manière, les expériences sur les animaux viennent se superposer aux résultats obtenus chez l'homme dans les abcès pulmonaires et tendent à soutenir conjointement l'utilité de l'émétine dans différentes affections microbiennes.

Toutefois, les expériences sur les animaux, comme les expériences *in vitro*, prouvent que l'efficacité de l'émétine ne peut pas être due à une action chimique, spécifique et élective sur les différents microbes. Les séries d'expériences faites nous ont déterminé à chercher à nous expliquer l'action de l'émétine par une influence humorale, par sa faculté de favoriser le développement agglutinines....

Les dernières expériences faites dans le but de prouver l'influence de l'émétine sur le développement des anticorps et spécialement des agglutinines, mettent au clair l'action de l'émétine. Cette action dans le traitement des abcès pulmonaires s'explique donc par sa contribution à l'accroissement de l'immunité de l'individu ».

Nous avons rapporté longuement le résultat des expériences de IAGNOV; il est peu concluant, et il est difficile de pouvoir donner une explication exacte du mécanisme de l'action de l'émétine.

Quant à l'action sur les agglutinines, il nous paraît impossible de lui accorder une part aussi grande que cet auteur, les expériences *in vivo* concordant mal avec les faits cliniques.

Si les expériences sur les *spirochètes* ne peuvent nous renseigner, la clinique est là pour nous fournir des données intéressantes. Est-ce cette action sur les fuso-spirilles qui permet d'expliquer les bienfaits de la cure émétiénienne dans la gangrène pulmonaire ? On sait que BEZANÇON a vu des cas d'amélioration dans cette affection par les injections de chlorhydrate d'émétine.

On sait, d'autre part, que les recherches faites par VIDRASCO, dans le laboratoire du Professeur PROCA, n'ont pas montré *in vitro* une action empêchante de l'émétine sur le développement des espèces anaérobies.

Tout récemment, le Professeur A. THEOARI, de Bucarest, rapporte deux cas de bronchite sanglante et un troisième de bronchite fétide, tous les trois avec des fuso-spirilles. Dans les trois cas, l'émétine a amené la disparition progressive des spirilles et des bacilles fusiformes dans les crachats ; voici les conclusions qu'en tire cet auteur :

1. Les solutions fraîchement préparées d'émétine (chlorhydrate ou sulfate) à la dose de 0,04 cgr. par la voie sous-cutanée, font disparaître les hémoptysies des bronchites sanglantes à fuso-spirilles.

2. Les rechutes, la guérison des bronchites sanglantes sous l'influence de l'émétine, sont en relation avec la présence ou l'absence des fuso-spirilles dans les crachats.

3. Les mêmes conclusions sont applicables aux cas de bronchites fétides où l'on constate la présence des spirilles et des bacilles fusiformes.

4. Étant donné la guérison rapide des gangrènes pulmonaires à forme pneumonique sous l'influence de l'émétine, une action de cette substance sur les fuso-spirilles de la gangrène est vraisemblable.

c) *Action antihémorragique.* — On a surtout conseillé l'emploi de l'émétine contre certaines hémorragies viscérales; les métrorragies, les hématomèses et les hémoptysies. La médication agirait dans ce cas par son action dépressive et vaso-dilatatrice, et parce qu'elle diminue la tension artérielle.

On comprend donc qu'elle n'agisse pas toujours de la même façon dans les hémoptysies des tuberculeux.

Ceci concorde bien avec les recherches de COLBERT et R. BAZIN, médecins de sanatorium à Cambo. Ces auteurs, étudiant la tension artérielle des tuberculeux qu'ils soignaient, ont trouvé que l'émétine n'agit pas beaucoup sur les malades hypotendus et même qu'elle agit peu sur ceux qui, après leur hémoptysie, font une hypertension passagère.

Par contre, son action est nette sur les hypertendus, et ce n'est que chez eux que l'on a presque à coup sûr un résultat.

Ce résultat sera obtenu plus sûrement encore dans les plaies du poumon, comme on en a vu pendant la guerre.

d) *Action décongestionnante.* — Nous arrivons ici à un chapitre particulièrement intéressant pour nous, car il concerne l'action de l'émétine dans les affections pulmonaires les plus diverses. Nous empruntons en partie les lignes qui suivent à BONNAMOUR (*Journal de Médecine de Lyon*, août 1923).

« RENON a utilisé le chlorhydrate d'émétine dans 7 cas de *pneumonie*.... Sur ces 7 malades, 6 ont guéri dans les délais classiques, et la durée de l'affection n'a été abrégée chez aucun d'eux. Mais dans 4 cas sur 7, la défervescence s'est faite en lysis, comme dans la fièvre typhoïde, la température ayant commencé à baisser après les injections d'émétine.

La densité du tissu pulmonaire s'est modifiée dans 4 cas où le souffle a fait rapidement place à des râles sous-crépitaux assez gros, qui ont persisté jusqu'à l'apyrexie et même plusieurs jours après, un peu plus longtemps qu'on ne l'observe d'habitude. L'état général a été excellent pendant toute la durée du traitement. Il n'y a eu ni nausée ni vomissement.

MÉRY a rapporté deux cas de pneumonie grave influencés favorablement par l'émétine qui agit nettement sur la température et sur l'expectoration.

Dans la *broncho-pneumonie*, l'action thérapeutique de l'émétine est plus nette. RENON a traité 8 cas de broncho-pneumonie grave ayant dépassé la soixantaine, atteints de broncho-pneumonie grave avec foyers multiples, état général mauvais, dyspnée. 7 de ces malades ont guéri, un a succombé.... Sous l'influence de l'émétine, RENON a noté une diminution de la dyspnée, un affaiblissement, puis une disparition du souffle ; les râles bronchiques s'observent plus gros, l'expectoration devient très rapidement plus abondante, les crachats s'aèrent.

MÉRY a employé l'émétine dans les broncho-pneumonies consécutives à la rougeole. Dans les broncho-pneumonies confirmées avec foyer d'hépatisation, l'action a été plus nette. Mais dans les formes où prédominent les lésions de congestion, l'action de l'émétine a été rapide et efficace. Cet auteur a noté particulièrement un effet sur la température. Abaissement souvent extrêmement rapide et très marqué ; un effet sur l'expectoration qui augmente chez l'adulte, et qui se marque chez le jeune enfant par une toux plus grasse ; une action décongestionnante très nette se marquant le plus souvent par la disparition du souffle et des râles fins ; enfin, une absence d'action hyposténisante, les doses de 0 gr. 01 par jour étant répétées plusieurs jours de suite sans aucun inconvénient chez les jeunes enfants....

GUINON et M^{lle} COUZIN, MILLION, dans le service de MÉRY, obtinrent également des résultats intéressants dans les broncho-pneumonies de l'enfance, surtout dans les formes où dominant les phénomènes bronchiques, de même dans les complications bronchiques de la fièvre typhoïde, dans la coqueluche avec bronchite grave et quintes violentes, dans les grands flux broncho-pulmonaires d'allure dramatique, qui surviennent brusquement chez les enfants, porteurs d'adénopathies bronchiques et qu'on peut rattacher à l'asthme....

Nous ajouterons à ces indications les congestions pulmonaires grippales, où, lorsque prédominent les *phénomènes congestifs*, lorsqu'il n'y avait pas encore de souffle, l'émétine nous a donné assez souvent d'excellents résultats.

Félix RAMOND et DURAND ont rapporté, en 1914, une série d'observations de *bronchites aiguës ou chroniques* traitées par l'émétine.

Dans la bronchite aiguë, l'injection doit se faire au début à la phase de crudité : c'est l'indication la plus favorable. A la phase de coction, cependant, l'émétine peut s'employer lorsque l'expectoration est trop épaisse, visqueuse et adhérente.

Dans la *bronchite chronique*, la médication est indiquée dans tous les cas et à toutes les périodes, au cours de la bronchite chronique emphysémateuse qui accompagne les diverses pneumoconioses, la tuberculose pulmonaire sclérosante, et même les scléroses cardiaques et rénales du vieillard.

D'après ces auteurs, il n'y aurait point de réelle contre-indications.... Si au bout de cinq à six jours il n'y a pas de résultats, inutile de continuer. Dans les cas heureux de bronchite aiguë, l'expectoration se fluidifie rapidement et se détache plus facilement. La toux est moins quinteuse, moins fatigante, la dyspnée est améliorée.

Une mention spéciale doit être faite également aux crises d'emphysème et d'asthme dans lesquelles l'émétine peut rendre de grands services.

Mlle RISKIN, de Lyon, rapporte une observation d'*emphysème pulmonaire* généralisé, sensiblement amélioré par les injections de chlorhydrate d'éméthine et une autre due à M. PIC, où le malade atteint d'emphysème généralisé avec accès d'asthme subintrant, ayant usé sans succès de toutes les médications habituelles, a vu ses crises calmées rapidement par une injection quotidienne de 0,04 cgr. d'émétine pendant 5 jours de suite.

Le malade avait remplacé toutes les autres médications par cette dernière et à chaque reprise, les crises étaient combattues efficacement par l'émétine ».

Nous avons voulu insister sur ce chapitre, car il présente pour nous un gros intérêt. Certains auteurs ayant voulu assimiler le rôle de l'émétine dans les abcès du poumon à celui que joue ce médicament dans les autres affections pulmonaires. Il est certain que ce traitement a une action sédative, décongestionnante, eupnéique et modificatrice des sécrétions.

IV. — LA POSOLOGIE

La posologie du chlorhydrate d'émétine repose sur des données physiologiques qu'il est nécessaire de connaître.

Le chlorhydrate d'émétine s'élimine lentement, suivant un mode discontinu et prolongé, cette lenteur d'élimination nécessite une surveillance assez longue et une posologie bien réglée avec des repos suffisants entre les séries.

Le chlorhydrate d'émétine n'est toxique qu'à la dose de 5 mgr. par kil. d'animal (après injection intraveineuse), et 2 mgr. par la voie sous-cutanée. Ces doses ne sont jamais employées en thérapeutique, et l'homme est à l'abri des accidents de *toxicité immédiate*.

Par contre, on peut assister à des phénomènes de *toxicité accumulative* qui sont dus aux effets prolongés de l'alcaloïde sur la fonction uréo-sécrétoire et sur l'activité myocardique. La dose maxima de sécurité chez l'homme normal ne doit pas dépasser *1 gramme par mois*.

Nous voulons également insister sur l'intérêt qu'il y a à employer un produit particulièrement pur; dans le cas contraire, on aura, si l'injection est faite sous-cutanée, de la rougeur et de l'œdème au point d'injection avec, parfois, une douleur si tenace, que le malade refuse sa piqûre. Nous avons même observé chez l'un de nos malades un aspect pseudo-phlegmoneux de la cuisse nécessitant la voie intraveineuse et totalement absent quand on substitua une émétine pure au chlorhydrate d'émétine fourni par l'Assistance Publique. De toute façon, nous avons toujours utilisé chez nos malades de *petites doses* ne dépassant pas 0,04 cgr. ou 0,06 cgr. de chlorhydrate d'émétine pro die. Ces doses sont faites quotidiennement pendant dix jours par mois, parfois cinq à six jours seulement. Les cures de dix jours peuvent être renouvelées sans inconvénient pendant plusieurs mois, en nous rappelant toujours la notion classique qu'il *ne faut pas dépasser 1 gramme par mois*. On ne manquera pas de prendre régulièrement la tension artérielle du malade ; il est très rare qu'avec ces doses et un produit pur, il se produise des accidents, tels que vomissements, tachycardie, hypotension artérielle.

Enfin, nous avons vu qu'il y avait intérêt pour le malade à faire parfois dans l'intervalle de la cure émétienne des injections intraveineuses d'arsénobenzol.

MODE d'ACTION DE L'ÉMÉTINE DANS LES ABCÈS DU POUMON.

Et maintenant, deux points sont à déterminer :

1. *Y a-t-il vraiment une action de l'émétine vis-à-vis des abcès pulmonaires non-amibiens ?*

2. *Si cette action existe, quel est son mécanisme ?*

1. Certains auteurs ne pouvant trouver une explication à la façon dont agit l'émétine dans les abcès non-amibiens et connaissant l'action puissante et véritablement spécifique sur l'amibe dysentérique, n'hésitent pas à classer d'emblée ces suppurations dans les complications de cette affection.

Ce serait certes une explication, mais une explication par trop simpliste et vraiment peu scientifique.

On n'est pas en droit, puisqu'un abcès du poumon guérit sous l'influence de l'émétine, de classer *ipso facto* cet abcès dans les abcès dysentériques.

N'avons-nous pas vu combien il était difficile, même dans les observations que nous présentons comme douteuses, de retrouver dans l'anamnèse des traces précises d'amibiase. Bien souvent, le seul antécédent net qui puisse servir de base à cette hypothèse, est un séjour antérieur très éloigné dans les pays chauds. Ce qui n'empêche pas GRASSET et FOURQUIER, traitant les pneumopathies aiguës ou subaiguës par l'émétine avec succès, de conclure à la fréquence de l'amibiase dans la banlieue parisienne. Ces auteurs, il est vrai, auraient rencontré des amibes et des kystes dans les crachats. C'est ce qu'affirment également PETSETAKIS et M^{lle} PANAYOTATOU, d'Alexandrie.

Mais nous connaissons les difficultés d'une telle recherche ; la facilité avec laquelle ces auteurs rencontrent les parasites dans les crachats nous permet d'être sceptiques.

D'autres auteurs se sont demandés si l'action de l'émétine était certaine, et si les différents malades observés n'auraient pas guéri spontanément. De nombreuses communications ont été faites sur ce sujet. Étienne BERNARD relève les cas publiés au sujet de la « Guérison spontanée des pneumopathies aiguës de l'adulte », à propos de la récente communication de BEZAŅON sur « Cinq cas de suppuration pulmonaire à guérison apparente, rapide, au cours de l'épidémie de grippe ».

Nous avons cité plus haut l'une de ces observations où le traitement par le chlorhydrate d'émétine avait été pratiqué. Si ce traitement n'a pas été institué dans les autres cas, la guérison spontanée a pourtant eu lieu, ce qui fait dire à cet auteur que « cette tendance à la guérison spontanée de tout un groupe de suppurations aiguës constitue un caractère heureux que l'on peut escompter au point de vue thérapeutique.... Mais si l'on peut escompter cette amélioration clinique, il ne faut pas la croire complète et définitive tant que des examens radiologiques répétés pendant plusieurs mois n'auront pas démontré que le parenchyme pulmonaire a retrouvé ses caractères normaux. Il semble, à ce point de vue, que le siège intra-pulmonaire ou pleural de la suppuration ait moins d'importance que la nature bactériologique de l'infection ».

Il est manifeste que le nombre des observations des abcès du poumon spontanément guéris s'accroît chaque jour. Pourtant, nous ne croyons pas qu'il s'agisse toujours d'une coïncidence lorsque le traitement éméтинien améliore la maladie.

LEMIERRE et KOURILSKY ont déjà fait remarquer que si cette hypothèse pouvait être soutenue dans les abcès aigus et récents du poumon, elle restait insoutenable pour expliquer la guérison rapide de suppurations pulmonaires déjà anciennes comme celle qu'ils ont publiée.

Dans les cas aigus eux-mêmes, l'action de l'émétine nous paraît incontestable et ne semble pas être une simple coïncidence.

Dans l'observation publiée par BRULÉ et HILLEMAND, l'état du malade paraissait désespéré et cependant, *quelques heures* seulement

après la première injection d'émétine, l'amélioration était considérable et faisait prévoir la guérison qui survint en effet rapidement.

Dans la première des deux observations publiées par BRULÉ, LAPORTE et RAGU, l'arsénobenzol employé en présence d'un volumineux abcès du poumon avec expectoration fétide, était resté sans action. Chez les malades des deux observations, l'amélioration fut au contraire immédiate dès que furent commencées les injections d'émétine. Chez tous deux aussi, des rechutes qui s'avéraient sérieuses ne furent enrayées que lorsqu'on reprit le traitement émetinien.

L'observation attentive des faits cliniques impose à l'esprit l'action curatrice de l'émétine.

Nous serons beaucoup moins affirmatifs, quant à l'action définitive de ce médicament. On connaît les fréquentes rechutes qui ont lieu au cours de ces suppurations pulmonaires. Nous les avons observées pour nos malades, en particulier, dans les deux observations présentées par BRULÉ, LAPORTE et RAGU. L'avenir de ces malades est encore incertain. Ce n'est que plus tard, avec le recul du temps, qu'il nous sera permis de dire si l'émétine juggle pour toujours la poussée initiale et ses rechutes.

2. La seconde question est beaucoup plus difficile à résoudre.

Nous avons vu les conclusions de IAGNOV faisant jouer un rôle capital au *développement des agglutinines*. Or, l'apparition presque immédiate de l'amélioration semble beaucoup plus ressortir d'une réaction chimique rapide du médicament qu'à un accroissement des anticorps et des agglutinines qui, logiquement, devraient s'établir assez lentement.

Par ailleurs, tous ceux qui ont traité par l'émétine des dysenteries amibiennes chroniques en ont retiré l'impression que le médicament, loin d'augmenter la résistance du malade, la déprime singulièrement.

Certains auteurs ont voulu voir là une action banale, *action décongestionnante* semblable à celle qu'exerce l'émétine dans nombre d'affections pulmonaires et que nous avons longuement décrite. Il est certain que cette action existe et que, d'autre part, l'émétine améliore le drainage en augmentant l'expectoration.

Cependant, il est incontestable que si l'action thérapeutique de l'émétine est évidente dans certains abcès du poumon, cette action reste absolument nulle dans d'autres cas. Ce n'est pas un des points les moins importants du problème, et il ne faut pas oublier combien nous sommes encore peu fixés sur la nature de l'agent pathogène dans la plupart des cas de suppuration pulmonaire.

Il en était ainsi malgré des investigations répétées dans les deux observations publiées par BRULÉ, LAPORTE et RAGU. Aucun d'eux n'était un abcès post-pneumonique, et ce n'est pas la présence de quelques pneumocoques dans les crachats qui permet d'incriminer ce germe.

D'une façon plus générale, il est avéré aujourd'hui que, dans les abcès du poumon, la flore microbienne de l'expectoration ne représente nullement avec certitude la flore microbienne de l'abcès ; l'observation si suggestive de LEMIERRE et KOURILSKY en est la preuve évidente, puisque, tandis que les crachats étaient fétides, riches en microbes aérobies et anaérobies, le pus retiré par ponction était inodore et stérile.

Tous les cas d'abcès pulmonaires guéris par l'émétine ne présentaient dans les crachats qu'une flore microbienne banale. Les spirilles y restaient inconstantes. L'examen direct du pus pulmonaire a rarement été pratiqué. On n'est guère incité à ponctionner de tels abcès dans un but purement scientifique, puisqu'on les guérit sans ponction.

Rien ne prouve donc que ces abcès soient bien dus aux agents pyogènes habituels : pneumocoque, staphylocoque, streptocoque, et l'on peut se demander si l'agent pathogène de ces cas n'est pas autre. Le rôle des spirilles bien mis en évidence dans la gangrène pulmonaire par le Professeur BEZANÇON explique peut-être les succès thérapeutiques que donne parfois l'arsénobenzol dans les suppurations pulmonaires comme celle qu'a observée le Professeur ACHARD récemment.

De même, il est peut-être possible de concevoir que certains abcès du poumon guéris par l'émétine puissent être dus à un agent pathogène sensible à l'émétine comme l'est l'amibe dysentérique, sans que nous soyons en droit d'incriminer l'amibe dysentérique elle-même.

CONCLUSIONS

1° Il existe incontestablement une action très nette de l'émétine vis-à-vis de la plupart des abcès pulmonaires non amibiens.

2° Dans l'état actuel de nos connaissances, le mécanisme de cette action ne peut être complètement expliqué et nous sommes réduits à des hypothèses.

On sait que dans les abcès du poumon, la flore microbienne de l'expectoration ne représente pas la flore microbienne de l'abcès. Rien ne prouve donc que ces abcès soient dus aux agents pyogènes habituels. On peut se demander si l'agent pathogène de ces cas, agent jusqu'à ce jour mal déterminé, n'est pas particulièrement sensible à l'émétine.

3° Quoiqu'il en soit, il importe de souligner un fait d'importance pratique considérable.

En présence d'un abcès primitif du poumon, alors même qu'on a la conviction que l'amibiase n'est pas en cause, on doit tenter le traitement par le chlorhydrate d'émétine.

Ce traitement consistera en injections sous-cutanées de 0 gr. 04 à 0 gr. 06 de chlorhydrate d'émétine pendant dix jours par mois ou même cinq à six jours seulement. Ces cures peuvent être renouvelées sans inconvénient pendant plusieurs mois, en se rappelant toujours qu'il ne faut pas dépasser 1 gramme par mois.

Ainsi, si l'on est en présence d'un cas où le médicament se montre actif, de faibles doses suffisent à entraîner rapidement l'amélioration. Celle-ci se manifeste par une baisse rapide de la température, une diminution progressive de la quantité des crachats et surtout par l'étonnante rétrocession de l'image radiologique d'abcès pulmonaire, le poumon reprenant en peu de jours un aspect absolument normal.

Vu : le Doyen,
H. ROGER.

Vu : le Président,
Prof. LEMIERRE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- L. Kindberg.** — Les abcès du poumon (1928).
- R. Kourilsky.** — Les abcès du poumon (*Thèse de Paris*, 1927).
- Lautmann.** — Contribution à l'étude de l'amibiase pulmonaire (*Thèse de Paris*, 1923).
- Chauffard.** — Abscès du foie ouvert dans les bronches, guérison rapide par l'émétine (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 25 février 1913).
- Brulé.** — Les abcès du poumon (*Conférence clinique* — Cochin, 1929).
- Maurel.** — Contribution à l'étude expérimentale et clinique du chlorhydrate d'émétine, (*Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, N° 3, 1914).
- Plumier-Clermont.** — Action du chlorhydrate d'émétine sur la circulation pulmonaire (*Bulletin de l'Académie royale de Belgique*, 29 mars 1919; *Presse Médicale*, 25 août 1919).
- Weill.** — Les agents modificateurs du temps de saignement expérimental (*Société de Biologie*, 9 avril 1912).
- Montange.** — Recherches expérimentales sur le chlorhydrate d'émétine à propos de l'action de ce médicament dans les maladies broncho-pulmonaires (*Thèse de Lyon*, 1920).
- Flandin et Joltrain.** — Traitement des hémoptysies par le chlorhydrate d'émétine (*Presse Médicale*, 24 septembre 1914).
- Vivien.** — Le chlorhydrate d'émétine et son emploi en thérapeutique (*Thèse d'Alger*, 1914).
- N. Fiessinger.** — L'action du chlorhydrate d'émétine sur la circulation pulmonaire (*Journal des Praticiens*, 1 novembre 1919).
- Nicole.** — Valeur du chlorhydrate d'émétine dans le traitement des hémoptysies tuberculeuses (*Gazetta de gl'Ospedala et delle Cliniche*, N° 136, 20 décembre 1914).
- Colbert et Bazin.** — L'émétine et le traitement des hémoptysies (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 juillet 1920).
- Hubert et Bayer.** — Hémoptysie à bacilles de Löffler (*Journal de médecine de Bordeaux*, 18 janvier 1911).
- Dupont et Troisier.** — L'émétine dans les hémoptysies par plaie pénétrante (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, 27 novembre 1914).
- Méry.** — L'émétine dans les affections aiguës des voies respiratoires (*Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 2 juillet 1915).
- Renon.** — Traitement de la pneumonie et de la broncho-pneumonie par l'émétine (*Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 6 mars 1914).

- Guinon et M^{lle} Pouzin.** — L'émétine contre les affections broncho-pulmonaires de l'enfance (*Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 9 juillet 1915).
- Million.** — De l'emploi du chlorhydrate d'émétine dans les affections aiguës du poumon chez l'enfant (*Thèse de Paris*, 1917).
- Ramond et Durand.** — Traitement des bronchites aiguës et chroniques par le chlorhydrate d'émétine (*Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 6 mars 1914).
- M^{lle} Riskin.** — Contribution à l'étude de l'émétine et de ses applications thérapeutiques (*Thèse de Lyon*, 1916).
- L. Ramond, Denoyelle et Lautmann.** — Un cas d'amibiase pulmonaire pure sans abcès du foie (*Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux*, mai 1923).
- Cordier.** — Bulletin et Mémoire de la société Médicale des Hôpitaux de Lyon (30 octobre 1923).
- P. E. Weil et Lamy.** — Un cas d'abcès amibiasique du poumon guéri par l'émétine (*Bulletin et Mémoire de la Société Médicale des Hôpitaux*, 17 octobre 1924).
- Dargein et Dore.** — Amibiase pulmonaire gauche pur, guérie par l'émétine et le stovarsol (*Bulletin et Mémoire de la Société des Hôpitaux*, 3 avril 1925).
- Lemierre et Kourilsky.** — Un cas d'abcès amibien du poumon confondu avec une pleurésie interlobaire et guéri par l'émétine (*Bulletin et Mémoire de la Société médicale des Hôpitaux*, 20 janvier 1928).
- Læderich et Poumeau-Delille.** — Un cas d'abcès du poumon guéri par l'émétine (*Bulletin et Mémoire de la Société médicale des Hôpitaux*, 15 février 1929).
- Brulé et Hillemand.** — Abcès du poumon guéri par l'émétine (*Bulletin et Mémoire de la Société médicale des Hôpitaux*, 20 janvier 1928).
- Brulé-Laporte et Ragu.** — Deux cas d'abcès pulmonaires non amibiens rapidement améliorés par le traitement éméтинien (*Bulletin et Mémoire de la Société Médicale des Hôpitaux*, 31 mai 1929).
- Iagnov de (Bucarest).** — Le traitement des abcès pulmonaires non amibiens par le chlorhydrate d'émétine (*Annales de Médecine*, 2 juillet 1928).
- R. Levent.** — L'émétine, indication, posologie (*Gazette des Hôpitaux*, 26 mars 1925).
- Pouchet.** — Pharmacologie et matière médicale.
- A. Manquat.** — Traité de thérapeutique, tome 2.
- S. Bonnamour.** — De l'émétine dans les affections broncho-pulmonaires (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 août 1923).
- Grasset-Fourquier.** — Cinq cas d'amibiase pulmonaire en un an et demi dans une localité de la banlieue Parisienne (*Académie de Médecine*, 13 mars 1926).
- Bezançon, Chevalley Oumansky.** — 5 cas de suppuration pulmonaire à guérison appa-
rente rapide au cours de l'épidémie de grippe (*Bulletin et Mémoire de la Société Médicale des Hôpitaux*, 8 juillet 1929).
- Lemierre, Léon Kindberg et Bernard.** — Grand abcès du poumon à streptocoque — guérison spontanée (*Bulletin et Mémoire de la Société Médicale des Hôpitaux*, 3 juillet 1925).

- Achard et Mouzon.** — Abscès streptococcique du poumon ; guérison après vomique (*Bulletin et Mémoire de la Société des Hôpitaux*, 17 juillet 1925).
- Rosbach.** — *Würzburger Festschrift* (1882).
- Maurel.** — C. R. de la Société de Biologie (12 octobre 1901, *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, mai 1914).
- Flandin.** — *Bulletin et Mémoire de la Société Médicale des Hôpitaux*, 13 mai 1913.
- Lesné.** — *Bulletin et Mémoire de la Société Médicale des Hôpitaux*, 13 mai 1912.
- Aubert et Bonnier.** — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 18 janvier 1914.
- Ræburn.** — *Brit. medical Journal*, 28 mai 1914.
- Taufer.** — *Thèse de Bucarest*, 1924.
- Vidrasco.** — *Thèse de Bucarest*, 1926.
- Gt. Baltaceano.** — *Revista Stiintelor Medicale*, 15 septembre 1925.
- Iagnov.** — Dans la thèse de Vidrasco.
- Dumitresco-Mante.** — *Bulletin et Mémoire de la Société Médicale des Hôpitaux*, 1920, page 1215.
- Mitacou.** — *Spitalul*, février 1928, page 54.
- Bezançon et Etchegoin.** — *Académie de Médecine*, 9 février 1926, et d'autres travaux importants sur la question.
- Bykova.** — *Virchow's Archive*, tome CCLVIII, H. 3, 1925, page 717.
- Zinserling (de Leningrad).** — Ueber die Fuso-spirochætose Gangrän. Jean Gustav Fischer éditeur, 1928.
- Gate et Billa.** — *La Presse Médicale*, 23 avril 1927.
-

